

R. Bc. 59054 T/188

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL

Y METODOLOGÍA

SC/PS/90

* * * * *

Análisis psicosocial de la donación de órganos.

**Hacia el diseño de programas de información
educativa.**

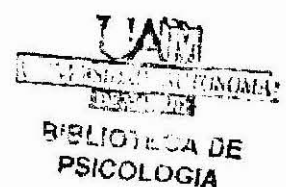
Reg 4: 20071.

TESIS DOCTORAL

Autor: José Manuel Martínez García

Director: Antonio Martín González

Madrid, Marzo de 1.994



INDICE

Agradecimientos

1

I PARTE

INTRODUCCION

3

1. DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS.

5

1.1. El proceso de donación de órganos. Tipos de donación.

5

1.2. Aspectos éticos y legales.

14

1.3. Trasplante de órganos: importancia y urgencia, eficacia y resultados en calidad de vida.

55

1.4. Trasplante de órganos. Datos actuales y perspectivas de futuro.

97

2. OPORTUNIDAD DE ESTE ESTUDIO.

127

2.1. La escasez de donaciones de órganos, un problema también económico y social.

129

2.2. Un enfoque del problema desde la Psicología Comunitaria.

148

3. ASPECTOS PSICO-SOCIALES DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

166

3.1. La donación de órganos como conducta prosocial

166

3.2. Estudios psico-sociales sobre donación de órganos.

227

3.3. Selección de variables y factores implicados en la donación de órganos. Conclusiones.

323

INDICE

II PARTE

OBJETIVOS, HIPÓTESIS, MUESTRA Y METODOLOGÍA

1. OBJETIVOS GENERALES.	345
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.	346
3. HIPOTESIS.	347
4. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.	350
5. METODOLOGIA	352
Características generales del cuestionario.	356
Pasos en la construcción del cuestionario.	360
Contactos con informantes-clave.	364
Pretest y perfeccionamiento del cuestionario.	374
Procedimiento de aplicación.	375
Extensión y duración del cuestionario.	378
Organización del cuestionario.	378

III PARTE

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.	378
1. ANÁLISIS DE RESULTADOS.	
1.1. Plan de análisis de resultados.	378
1.2. Variables consideradas en el estudio.	383
1.3. Análisis descriptivo.	386

INDICE

1.4. Análisis exploratorio: Tablas de Contingencia y Análisis Log-Lineales.	427
---	-----

1.5. Análisis Factorial de Correspondencias Múltiple (ACM).	550
---	-----

2. DISCUSIÓN.	586
---------------	-----

IV PARTE

1. BASES PARA INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN DONACIÓN DE ÓRGANOS.	626
---	-----

2. CONCLUSIONES	641
-----------------	-----

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	646
-------------------------------	-----

ANEXOS	676
---------------	------------

Anexo I. Cuestionario.

Anexo II. Análisis loglineales y tablas de significación.	677
---	-----

Anexo III. Un apunte bibliométrico de la literatura psicosocial sobre trasplante y donación de órganos (1983-1993).	695
---	-----

AGRADECIMIENTOS

Pocas cosas pueden causar más satisfacción a un psicólogo social, especialmente sensible a los problemas de la comunidad, que hacer público el agradecimiento a las personas que han contribuido con entusiasmo y dedicación a la realización de su tesis doctoral. El trabajo en equipo, el consejo amistoso, la aportación perspicaz y amable y, sobre todo, el apoyo desinteresado que he tenido la oportunidad de disfrutar durante del desarrollo de la investigación se conjugan muy bien con el espíritu que debe adornar a los equipos de trabajo en Psicología Comunitaria.

En primer lugar, deseo hacer notoria mi gratitud y afecto al director de mi tesis, Antonio Martín González, por el gran empeño y talento que ha demostrado en la orientación de la labor desempeñada. Pero, también, y, sobre todo, por su enorme calidad humana y su profundo sentido de la amistad.

Además, me siento especialmente satisfecho y agradecido por la inestimable ayuda que me ha dispensado en todo tipo de labores mi buen compañero y mejor amigo, Jorge López, con quien he compartido gran parte de los problemas que una investigación de este tipo comporta y con el que he disfrutado solucionándolos.

Muchas horas frente al ordenador en la ingrata pero imprescindible tarea de organizar e imprimir los resultados de esta investigación sólo representan uno más de los motivos de reconocimiento a la entrega de María Jesús Martín.

Tampoco puedo olvidar los acertados consejos y el importante apoyo metodológico que Miguel Ángel Ruiz me ha brindado gentil y desinteresadamente, y que han servido para guiar el análisis de los datos.

A M^a Concepción García y a Teresa Gómez las hago mis deudoras por cuanto han trabajado frente al ordenador para obtener con rapidez y eficacia toda la información que he empleado en la preparación de esta investigación.

Esta importante labor de recopilación de información ha sido eficazmente completada por María del Carmen Cobos, del equipo de coordinación de la Organización Nacional de Trasplante.

Por fin, quiero expresar de forma especial mi agradecimiento para la que ha sido amiga y compañera durante una importante fase del desarrollo de esta investigación, María José Matador.

A todos ellos, gracias; espero y deseo que el resultado final os ayude a todos a dar por bien empleada vuestra generosa ayuda.

A modo de presentación.

La presente investigación tiene dos objetivos principales. El primero, estudiar desde el punto de vista psicosocial la donación de órganos para trasplante, a través de las respuestas de una muestra representativa de la población española peninsular. El segundo objetivo es deducir, a partir del análisis de los datos obtenidos, conclusiones operativas que puedan servir para fundamentar diseños y aplicaciones de programas de información educativa, destinados, en última instancia, a incrementar las donaciones de órganos.

La total dependencia de los trasplantes, de la donación de órganos humanos, enfatiza la importancia de una decisión, que tiene importantes condicionamientos psicosociales, como los que hacemos objeto de estudio en la presente investigación.

Este trabajo constituye el primer intento en nuestro país de realizar un estudio psicosocial, de ámbito nacional, sobre la donación de órganos para trasplante, a partir de la percepción que de ella tiene la población en general.

El largo y cuidadoso procedimiento de construcción y perfeccionamiento del instrumento empleado para la obtención de los

datos, basado en la potenciación de la participación de una parte importante de los colectivos implicados, ha favorecido la obtención de conclusiones sólidamente basadas en datos empíricos y aplicables al desarrollo de programas de intervención para concienciar y educar a los ciudadanos en estos temas.

El trabajo está dividido en tres partes fundamentales. En la primera, de carácter introductorio, se establece el marco descriptivo y teórico general sobre el tema de estudio; se describen los aspectos fundamentales de la donación y del trasplante de órganos (tipos de donación, aspectos legales, características del trasplante y estadísticas de donaciones y trasplantes en los países occidentales); se justifica la oportunidad del estudio y su forma de abordaje, desde la Psicología Social Aplicada y, más concretamente, desde la Psicología Comunitaria; se revisan exclusivamente los más importantes estudios psicosociales hasta el momento.

La segunda parte, está dedicada a la determinación de los objetivos de la investigación, a la formulación de hipótesis, a la descripción de la muestra y a la explicación y justificación de la metodología utilizada.

La tercera, se ocupa del análisis de resultados y de las conclusiones obtenidas.

1. DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1.1. El proceso de donación de órganos. Tipos de donación.

La "donación de órganos para trasplante" es un concepto que abarca un gran número de conductas bajo el común denominador de la cesión de órganos a enfermos, generalmente en situación terminal, con la finalidad de salvarles la vida. Esta acción altruista permite mejorar significativamente, en la mayoría de los casos, la calidad de vida de los enfermos.

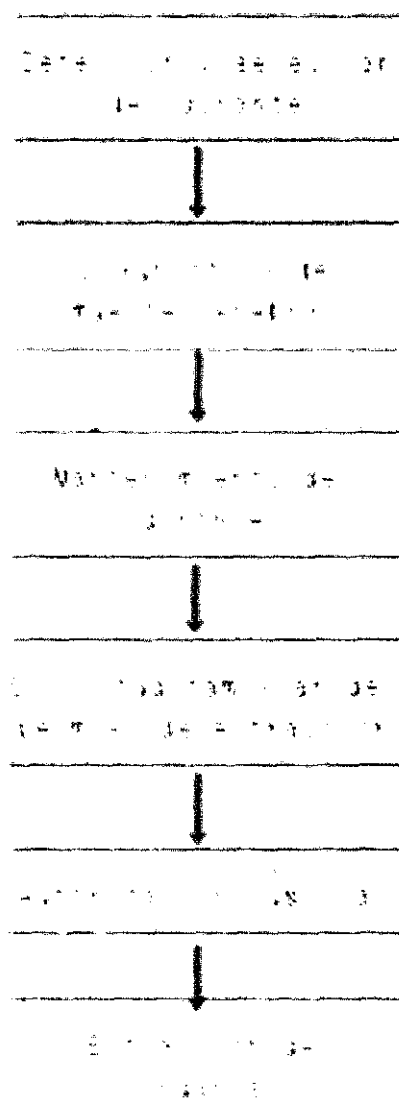
Se han realizado numerosas clasificaciones de los diferentes tipos de donación de órganos; algunas de ellas, serán ampliamente desarrolladas más adelante. Ahora puede resultar más útil una inicial aproximación descriptiva a las distintas clases de donación de órganos, en tanto que conductas sociales, de acuerdo con algunos de sus rasgos más importantes.

DONACIONES DE ÓRGANOS PROCEDENTES DE CADÁVERES.

Esta es la forma de donación más importante. La utilización preferente de cadáveres para la obtención de órganos se debe a que las personas vivas, obviamente, sólo pueden donar "órganos dobles". No obstante, incluso en el caso del trasplante renal, la procedencia de los órganos sigue siendo mayoritariamente de cadáveres; según la Organización Nacional de Trasplante (1993), durante el año 1991, los riñones obtenidos mediante este procedimiento fueron utilizados para realizar el 98,8% de los trasplantes renales

en España; el 100% en Portugal; el 98,4% en el Reino Unido y el 97,5% en Francia.

La donación de órganos procedentes de cadáveres supone un proceso, esquematizado en la figura nº 1, con varias fases bien delimitadas en los protocolos de actuación de los equipos de coordinación de trasplante, que a continuación pasamos a detallar, por la importancia de los factores que intervienen en tal proceso.



a) Detección e identificación de donante.

El proceso comienza con la detección de posibles donantes, normalmente alguna persona enferma en situación crítica, producida la mayor parte de los casos por un accidente de tráfico.

b) Valoración clínica.

Se trata de comprobar la idoneidad del posible donante, verificando que cumple los criterios clínicos (límite de edad, ausencia de tumores orgánicos, etc.) que permiten la donación de uno o varios de sus órganos.

c) Determinación de la "muerte cerebral".

La "muerte cerebral" del potencial donante debe ser diagnosticada en un centro sanitario tras comprobar que cumple todos los criterios clínicos que aseguran la irreversibilidad de su estado. Consecuentemente, las personas que no fallecen en un centro sanitario no pueden ser donantes de órganos.

d) Mantenimiento del donante.

Una vez identificado el donante y considerado como idóneo "se toman una serie de precauciones y medidas encaminadas a mantener esta idoneidad y a prevenir una serie de complicaciones que podrían

deteriorar la viabilidad de los órganos a trasplantar y por lo tanto frustrar un posible trasplante" (Cienfuegos, 1986).

f) Solicitud de permiso de extracción a los familiares del posible donante.

Esta es una etapa crucial que condiciona en la mayoría de las ocasiones la realización o no del posible trasplante. Esta tarea está encomendada al equipo de coordinación de trasplante, médicos y ATS especialmente motivados y entrenados para llevar a cabo la petición; pueden estar auxiliados por médicos de cabecera, sacerdotes o cualquier persona que pueda ejercer una influencia favorable hacia la donación de órganos, en la familia de la persona fallecida.

g) Solicitud de autorización judicial.

La legislación española establece la obligación de solicitar una autorización judicial para proceder a la extracción de los órganos si como consecuencia de ella se obstaculizase la instrucción de un sumario abierto por la muerte del donante.

DONACIONES PROCEDENTES DE PERSONAS VIVAS.

Este tipo de donaciones representan en nuestro país el procedimiento excepcional de obtención de riñones, únicos órganos que,

obviamente, son susceptibles de ser cedidos por personas vivas. La figura número 2 recoge junto a la tasa anual de donación de órganos por millón de personas, la distribución porcentual de los trasplantes renales según la procedencia del riñón; como puede apreciarse, en España (con abreviatura ESP, en el gráfico), este tipo de donación renal dio lugar durante 1.992 al 1% del total de trasplantes renales realizados; sin embargo, en los países escandinavos y en Estados Unidos, los trasplantes renales procedentes de personas vivas emparentadas con los receptores suponen casi la cuarta parte del total de trasplantes realizados durante 1991.

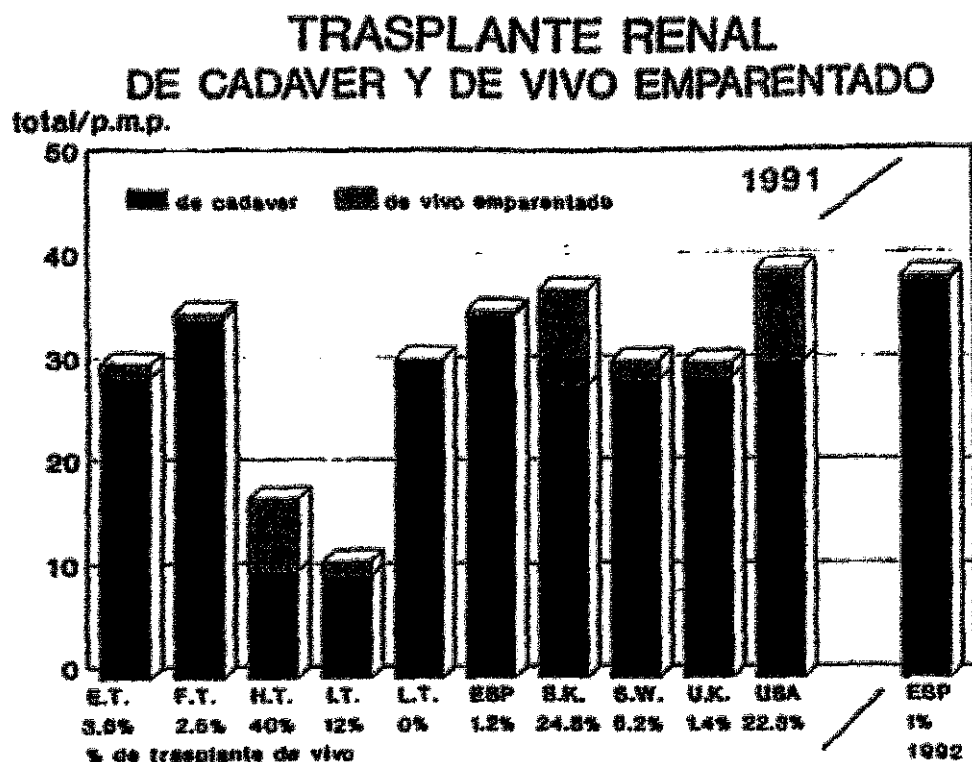


Figura nº 2: Distribución porcentual de los dos tipos de donaciones de órganos (procedentes de cadáveres y de vivos) (Organización Nacional de Trasplante, 1993).

González-Molina (1990) señala que "históricamente el trasplante renal de donante vivo ha tenido un papel muy importante y las razones a su favor eran tan evidentes que muchos grupos de trasplante se basaron en él durante largo tiempo". No obstante, continúa el autor, "actualmente, los resultados de donante cadáver han alcanzado tales niveles de supervivencia en injertos y pacientes que el número de partidarios del trasplante renal de donante vivo ha disminuido significativamente".

La importancia de este tipo de donaciones es previsible que sea creciente en un futuro próximo, debido sobre todo a dos factores fundamentalmente:

- El trasplante renal entre personas genéticamente relacionadas presenta tasas de supervivencia de injertos y de pacientes superiores a las de cualquier otra modalidad de trasplantes; la mayor histocompatibilidad entre donantes y receptores con lazos de cosanguinidad, disminuye la probabilidad de rechazo del órgano trasplantado. Este aumento de la eficacia del trasplante renal procedentes de personas vivas respecto al trasplante renal de cadáver es más notoria a largo plazo (García, 1993).

- Las donaciones de órganos procedentes de cadáveres tienen en nuestro país limitadas posibilidades de crecimiento, entre otras razones, por la deseable disminución de los accidentes de tráfico, principal causa de muerte cerebral y, consecuentemente, de donaciones para trasplante. A este respecto,

datos procedentes de la O.N.T. (en prensa) indican que hasta mediados de Octubre de 1.993 la donación de órganos bajó un 10% respecto al año anterior; siendo la principal causa el descenso del 20% en los accidentes de tráfico.

Este tipo de donación se produce mayoritariamente entre personas relacionadas genéticamente o por fuertes lazos emocionales (cónyuges); en pocos casos, los donantes son amigos del enfermo; y sólo de forma excepcional se han producido donaciones renales procedentes de personas sin ninguna relación con el receptor.

La donación de un riñón a un familiar enfermo presenta tres características generales que la diferencian de otros tipos de donación:

- El donante es, generalmente, un familiar cosanguíneo del receptor; esta circunstancia supone una diferencia importante con respecto a las donaciones de cadáveres; el destino del órgano donado se conoce de antemano.

- El potencial donante suele disponer de un amplio intervalo de tiempo para adoptar una decisión favorable o no a la donación. La legislación española establece que el donante debe ser "informado de las consecuencias de su decisión y ha de otorgar su consentimiento de forma libre y expresa" (artículo segundo del Real Decreto 426/1980 por el que se desarrolla la Ley de Trasplantes).

- El receptor del trasplante renal suele encontrarse en una situación crítica en la que no es factible el trasplante de riñón procedente de cadáver

(por falta de donación o por incompatibilidad histológica con el donante).

Recientemente, se ha comenzado a aplicar en nuestro país una nueva modalidad de trasplante que puede ser incluida entre las donaciones orgánicas procedentes de personas vivas; se trata del trasplante de una parte del hígado procedente de un adulto a un niño con insuficiencia hepática, de tal forma que el injerto pueda desarrollarse en paralelo al crecimiento del receptor infantil para que vaya sustituyendo progresivamente a su órgano enfermo.

FIRMA DE UNA TARJETA O DE UN CARNÉ DE DONANTE.

En este caso, una persona que desee donar sus órganos tras su muerte, firma un documento que le identifica como donante de uno o varios órganos. Este tipo de compromisos formales no tiene carácter vinculante, pero si aporta una valiosa información sobre la opinión del potencial donante. No obstante, la posesión de un carné de donante en el momento de la muerte no es condición necesaria y suficiente para que se cumplan los deseos del difunto; las dos causas fundamentales que pueden impedir la donación de órganos de un fallecido portador del carné de donante son:

- El potencial donante muere en condiciones que hacen inviable la donación, es decir, no cumple los requisitos clínicos para que sus órganos puedan ser trasplantados.

- Los familiares se oponen a la donación de órganos a pesar de que el fallecido llevara una tarjeta de donante.

Como puede apreciarse, la posesión de estos documentos no supone una condición suficiente para que se produzca la donación de los órganos del fallecido. Además, tampoco es una condición necesaria, ya que, la mayoría de las donaciones efectivas de órganos proceden de personas que fallecieron sin llevar consigo tarjeta o carnet de donante.

Estas características hacen de la firma de la tarjeta de donante, un comportamiento difícil de incluir entre las clases de donación de órganos más habituales; sin embargo, resulta igualmente complicado excluirla de esta clasificación, ya que, mayoritariamente los firmantes de estos documentos perciben su acción como una donación efectiva de sus órganos, aunque demorada hasta su fallecimiento.

Las investigaciones que han intentado relacionar la posesión de una tarjeta o carnet de donante con la donación efectiva de los órganos, no han llegado a conclusiones definitivas. Sin embargo, la opinión más extendida es la de que la posesión de este tipo de compromiso en el momento de fallecer puede facilitar la donación de órganos por parte de los familiares.

Esta clasificación no excluye la existencia de otros tipos de donación no contemplados en ella; sin embargo, la totalidad de las conductas habituales de donación pueden encontrar fácil acomodo entre estas tres categorías taxonómicas.

1.2 Aspectos éticos y legales.

La legislación española vigente que regula la donación y el trasplante de órganos, establece los requisitos de obligado cumplimiento para proceder a la extracción de órganos (procedentes de personas vivas o de cadáveres) para trasplantes y las garantías que deben ser aplicadas tanto al donante como al receptor de los órganos. Esta legislación está recogida en:

- Ley 30/1979 de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
- Real Decreto 426/1980 de 22 de Febrero el que se desarrollo la Ley 30/1979 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.
- En menor medida, afectan a la Ley de Trasplantes, "diversas Ordenes Ministeriales, numerosas Resoluciones Circulares y, en alguna medida la Ley General de Sanidad y otras disposiciones administrativas sobre materia sanitaria en general" (Romeo, 1993).

Las dos principales características de la legislación española son:

- 1) La letra y el espíritu de la ley se orientan decididamente a favorecer las donaciones de órganos para trasplantes. En este sentido, es posible juzgarla muy avanzada en el marco europeo y mundial; además, "su estructura permite calificarla de abierta, en el sentido de que puede ir adaptándose a los avances científicos, sin que las líneas básicas sentadas en la Ley se vean afectadas sustancialmente" (Romeo, 1993).

2) En el ámbito de las donaciones de órganos aplica el principio legislativo de "consentimiento presunto" por el cual todo español puede ser considerado donante potencial salvo en el caso de expresa oposición.

LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN EL MARCO INTERNACIONAL.

Según Peces-Barba (1993) se pueden señalar los siguientes modelos de regulación jurídica del trasplante de órganos:

Primer modelo. Son legislaciones que "no regulan o prohíben el trasplante de órganos inter-vivos", y sólo autorizan la extracción de órganos de cadáveres, con fines docentes o investigadores. Este modelo ocurre principalmente en países de religión musulmana de Africa o Asia, es decir, "en zonas de influencia fundamentalista o integrista".

Segundo modelo. Sistemas que regulan la donación y el trasplante de órganos humanos. Las peculiaridades de estos sistemas permiten su clasificación en cuatro submodelos, atendiendo a dos criterios:

- *Según el tipo de donaciones que admiten.*

A) Sistemas que aceptan donaciones inter-vivos y a partir de personas fallecidas como donantes. Este es el sistema europeo y español, en concreto.

B) Sistemas que sólo permiten estas prácticas con donaciones procedentes de cadáveres y que sólo de forma muy restrictiva aceptan la donación de órganos inter-vivos. Es el caso de la "Uniform Anatomical Gift Act"

en Estados Unidos y de la "Human Tissue Act" de Gran Bretaña (de 1961), donde no se prevé la extracción de tejidos de donantes vivos.

- Según el tipo de consentimiento requerido para hacer efectiva la donación:

C) Sistemas que parten de la necesidad del consentimiento del donante o de su familia. Es el denominado "consentimiento expreso" (required consent / opting in / contracting in). El país que lo aplica por antonomasia es Estados Unidos y supone la necesidad de que el potencial donante haya manifestado en vida el deseo de donar sus órganos para trasplante, tras su fallecimiento. Dependiendo de las diferentes normativas nacionales, la voluntad positiva a la donación puede ser expresada por escrito o verbalmente; en el segundo caso, suele exigirse el consentimiento familiar.

D) Sistemas en los que el "Estado suple el consentimiento por su voluntad, en una actitud intervencionista que considera bueno para la comunidad y para cada persona, la donación de órganos". Este es el caso de buena parte de los países europeos (Austria, Bélgica, Francia, Portugal, etc.) y, entre ellos, España. En estos países se aplica el "consentimiento presunto" (opting out / contracting out) que implica que si el potencial donante no se definió en vida en contra de la donación, entonces cabe presumir que estaba a favor de ella. Pero, la aplicación de este criterio legislativo divide a los países en dos grupos: aquellos que lo llevan a la práctica rigurosamente (Austria) y aquellos que prefieren contar con el permiso de los familiares (España,

Francia).

"Los apartados A y B de este segundo modelo son incompatibles entre sí, igual que los C y D, pero se pueden combinar entre los dos grupos. Así habrá un sistema AC y AD y otro BC y BD" (Peces-Barba, 1993).

Las diversas legislaciones tienen como consecuencia más evidente, distintas formas de abordar el universal problema de la escasez de donaciones de órganos para trasplantes.

En relación al tipo de consentimiento requerido, la puesta en práctica del "consentimiento expreso" implicaría la movilización de las Instituciones Sanitarias de los Estados en favor de la firma de documentos (carnet o tarjeta de donante, voluntad notarial o judicial, etc.) que deje patente la voluntad positiva hacia la donación; por su parte, la aplicación del "consentimiento presunto" supondría la necesidad de habilitar distintos y sencillos modos para hacer notoria la voluntad negativa hacia la donación. No obstante, según la Comisión Permanente sobre Trasplantes de Órganos del Ministerio de Sanidad (1993):

"Ninguna de las dos definiciones anteriores se aplica en sentido estricto.

Si así se hiciera resultaría que el país que se basa en el consentimiento expreso sólo podría extraer los órganos de donantes que portan por escrito su voluntad de darlos (menos del 3% de los donantes potenciales). Si el país utiliza la opción de consentimiento presunto entonces podrían extraerse los órganos de todos los fallecidos que no portaran declaración alguna en contra, actitud de insostenible defensa social actualmente. En la práctica se aplica el con-

sentimiento expreso combinado con el permiso de los familiares más allegados o el consentimiento presunto refrendado, asimismo, por el permiso familiar."

De lo hasta aquí expuesto se infiere que la legislación española se encuentra bien situada en el marco europeo y mundial en lo que a promoción de las donaciones de órganos se refiere. No obstante, no se aplica rigurosamente y en la práctica clínica habitual la decisión final sobre la extracción de los órganos depende en última instancia de los familiares del potencial donante y no, como marca la Ley de Trasplantes, de la falta de oposición expresa del fallecido.

LA EFICACIA EN LA OBTENCIÓN DE ÓRGANOS, EN RELACIÓN AL TIPO DE LEGISLACIÓN VIGENTE.

Queremos hablar de los factores derivados de la normativa legal que tienen especial incidencia en la obtención de órganos en condiciones de ser utilizados para trasplantes.

La primera cuestión de interés que se plantea al respecto es la de si existe alguna relación entre las distintas legislaciones de los diversos países y la eficacia que muestran esos países en la obtención de órganos para trasplantes. Resulta por varios motivos muy difícil sacar algún tipo de conclusión de los estudios que han comparado estas dos variables. En primer lugar, la legislación en algunos países puede no reflejar la realidad en lo que a procedimiento para la obtención de órganos se refiere; este es el caso de

España, como hemos apuntado brevemente más arriba y como enseguida detallaremos. En segundo lugar, un mismo Estado puede disponer de varios tipos de leyes de trasplantes de aplicación limitada a una región o comunidad, como ocurre por ejemplo en Estados Unidos y Suiza. Por fin, una ley de trasplantes establece el marco normativo básico para la obtención de órganos y los requisitos y garantías legales que han de contemplarse para la donación. Sin embargo, la operativización de este marco previo, los mecanismos de coordinación, médicos, administrativos, etc., encargados de poner en práctica los preceptos legales pueden y, de hecho, difieren entre diversos países con parecida legislación; esta circunstancia introduce variables moduladoras intermedias que impiden una comparación escrupulosamente válida entre las distintas legislaciones existentes en países occidentales sobre donación y trasplante de órganos.

A pesar de todas las dificultades mencionadas, algunos autores se han ocupado de averiguar si existe relación entre los distintos tipos de legislación y la eficacia en la obtención de órganos. Uno de los estudios más sistemáticos y clarificadores ha sido llevado a cabo por Land y Cohen (1992); en él se relaciona la tasa de donaciones de órganos (número de donaciones anuales por millón de habitantes) procedentes de cadáveres de diversos países europeos, con el tipo de ley de trasplantes que se encuentra vigente en cada uno de ellos; los datos sobre eficacia hacen referencia a los años 1989 y 1990 y se muestran en la tabla nº 1:

**Relación entre legislación y obtención de órganos para trasplantes
procedentes de cadáveres en europa en 1989-90 (tabla nº 1)**

Países	Tasa de donación (nº de donaciones por año y por millón de habitantes)	Tipo de Ley de Trasplante, vigente
Finlandia	16,9/1989 19,8/1990	"Consentimiento Presunto".
Suecia	18,9/1989 15,7/1990	"Consentimiento expreso".
Suiza	16,0/1989 16,8/1990	"Consentimiento expreso".
Reino Unido	16,6/1989 16,2/1990	"Consentimiento expreso".
España**	14,0/1989 17,7/1990	"Consentimiento Presunto", pero no se practica.
Portugal	13,8/1989 14,1/1990	"Consentimiento Presunto".
Dinamarca	12,4/1989 13,1/1990	"Consentimiento expreso".
Holanda	12,7/1989 14,3/1990	No existe ley de trasplantes.
Noruega	12,7/1989 14,3/1990	"Consentimiento Presunto".
Italia	5,6/1989 5,0/1990	"Consentimiento Presunto" pero no se practica.
Grecia	4-5*/1990	"Consentimiento Presunto", pero no se practica.
Hungría	5-6*/1990	"Consentimiento expreso".
Polonia	4-5*/1990	"Consentimiento presunto".

* No hay información oficial; el dato expresado en la tabla se deduce de diversos informes sobre trasplante renal

** Estos datos no recogen el importante incremento de la tasa de donación en España en 1991 y 1992, que colocó a nuestro país a la cabeza del mundo en este aspecto.

Los autores concluyen que, estos datos muestran que el problema de escasez de órgano no esta en modo alguno resuelto en Europa. No existe una relación obvia entre altas tasas de obtención de órganos procedentes de cadáveres y legislaciones que se basen en el "consentimiento presunto". Parece dudoso que el establecimiento de leyes de trasplante de cualquiera contenido resuelva por sí solo el problema de escasez de órganos.

OBTENCIÓN DE ÓRGANOS DE UN DONANTE VIVO.

Los requisitos exigidos por Real Decreto de Febrero de 1980 (capítulo primero, artículo segundo) son extremadamente rigurosos:

- El donante ha de ser mayor de edad y gozar de todas su facultades mentales.
- El órgano que se desee extraer ha de ser compatible con la vida del donante y no debe disminuir gravemente su capacidad funcional.
- El donante ha de ser previamente informado de las consecuencias de su decisión y ha de otorgar su consentimiento de "forma expresa, libre, consciente y desinteresadamente".
- El destino del órgano ha de ser el trasplante a una persona determinada con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida.
- Ha de ser garantizado el anonimato del receptor.

Como resultado de esta legislación, "la autorización de donación

de órganos de personas vivas se limitan a uno de los órganos pares, en especial el riñón, a la vez que las donaciones de tejidos regenerables, como la médula ósea (o huesos que no produzcan una disminución funcional)* (Romeo, 1993).

Las donaciones de órganos de personas vivas pueden provenir de un familiar emparentado genéticamente (hermanos, padres, hijos, etc.) o de una persona sin relación biológica con el receptor; en este caso, se suele distinguir entre donaciones que proceden del cónyuge del enfermo o de otras personas sin relación afectiva con el paciente.

Algunos autores se muestran claramente partidarios de la donación de órganos procedentes de personas vivas emparentadas biológicamente o relacionadas a través de fuertes lazos afectivos. Spital (1989), realizó un estudio en 100 Centros de Trasplantes de Estados Unidos concluyendo que, bajo ciertas circunstancias, muchos centros de trasplante en U.S.A. consideran aceptable la donación de órganos procedentes de "donantes no convencionales"; algunos de los resultados más importantes de este trabajo, ponen de manifiesto que:

- El 76% de los centros consultados consideran que el cónyuge podría ser empleado como donante renal; un 48% cree posible que el donante fuese un amigo.

- El 64% opina que el uso de gemelos monocigóticos menores con este fin sería una práctica aceptable.

Evans (1989) argumenta que la prohibición del trasplante de órganos procedente de personas vivas sin lazos de consanguinidad, seguida por numerosos países, limita el número de donaciones y resta oportunidades a los deseos completamente altruistas de algunas personas; sin embargo, reconoce que estas prácticas corren el peligro de dar lugar a un encubierto comercio de órganos.

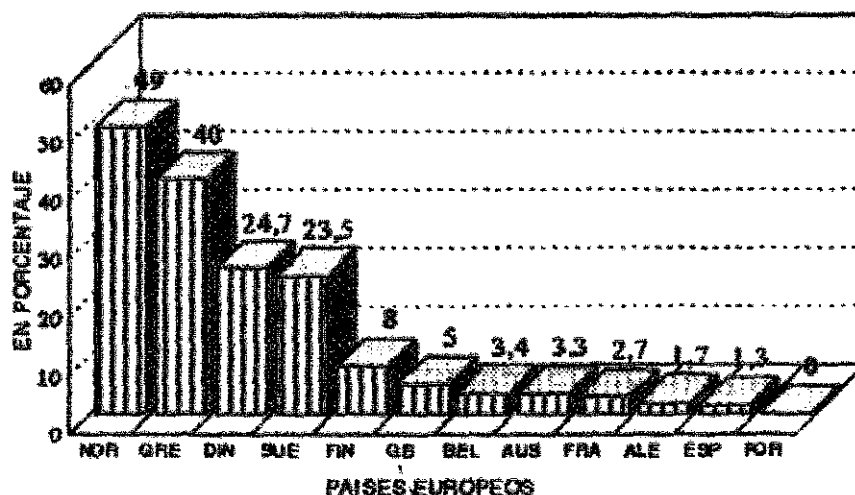
No obstante, la opinión más frecuente es que la donación de órganos de personas vivas presenta una serie de dificultades médicas y ético-legales que recomiendan restringir significativamente este tipo de donaciones. El Consejo de Europa en la Conferencia de Ministros de Sanidad, celebrada en 1987 y que marca las directrices que deben seguir los estados miembros en cuestión de donación y trasplante de órganos, y numerosos investigadores (Byk, 1993; Bonomi y Gozzetti, 1990; Graybar, 1987) aconsejan la utilización excepcional de los trasplantes renales entre personas vivas, debido a los riesgos que conlleva para la salud de los donantes.

La legislación española, sin embargo, no limita las donaciones de órganos a personas que tengan parentesco (Romeo, 1993), por lo que no puede descartarse algún tipo de recompensa encubierta, circunstancia ésta que las leyes españolas y otras normas internacionales prohíben taxativamente. Las autoridades sanitarias, a pesar de esta falta de prohibición legal han apostado decididamente por la obtención de órganos de cadáveres. Consecuentemente, no es de extrañar la escasa utilización de riñones (no así de "sustancia

regenerables") procedentes de donantes vivos para trasplantes. Así, por ejemplo, según cifras de la Organización Nacional de Trasplantes (1993), sólo el 1% de los trasplantes renales realizados en 1992 procedía de una persona viva emparentada con el receptor; en 1991, el porcentaje fue del 1,2%; y en 1990 del 1,3%; estos datos contrastan fuertemente con los de otros países como Estados Unidos donde el 22,3% de los riñones trasplantados en 1991, procedían de donantes vivos emparentados; o los países Escandinavos, con el 24,8% con este origen. La figura número 3 ilustra la importancia porcentual que la donación de órganos procedentes de personas vivas tiene en cada país europeo, con datos de 1990.

DONACIONES RENALES PROCEDENTES DE PERSONAS VIVAS

Porcentaje de donaciones renales procedentes de personas vivas en relación al total de donaciones renales obtenidas durante el año 1990 en diversos países europeos



NOR: Noruega; GRE: Grecia; DIN: Dinamarca; SUE: Suecia; FIN: Finlandia; GB: Gran Bretaña
BEL: Bélgica; AUS: Austria; FRA: Francia; ALE: Alemania; ESP: España; POR: Portugal

Figura nº 3: Porcentaje de donaciones renales procedentes de personas vivas utilizados en distintos países, sobre el total de riñones trasplantados en 1.990.

Hay dos grupos de países claramente definidos; por una parte, se encuentran los países nórdicos y Grecia que dependen en buena medida de las donaciones de riñones procedentes de personas vivas (representan más del 20% de todas las donaciones renales); por otra parte, en el resto de las naciones europeas, predominan claramente las donaciones de cadáveres (más del 90%). El tipo de legislación vigente en cada país no parece influir en la procedencia de los riñones utilizados en los trasplantes. Como muestra la tabla número 2, los tipos de legislación se reparten indistintamente entre aquellos países europeos donde las donaciones procedentes de personas vivas son porcentualmente importantes y aquellas naciones europeas en los que predomina de forma casi absoluta la obtención de órganos procedentes de cadáveres.

Países	Porcentaje de donaciones renales de personas vivas, sobre el total de Trasplantes Renales realizados en 1.990	Tipo de Ley de Trasplante vigente
Noruega	49,0%	"Consentimiento Presunto"
Grecia	40,0%	"Consentimiento presunto" pero no se aplica
Dinamarca	24,7%	"Consentimiento expreso"
Suecia	33,5%	"Consentimiento expreso"
Holanda	8,2%	No hay ley de trasplantes
Finlandia	8,0%	"Consentimiento Presunto"
Suiza	5,5%	"Consentimiento expreso"
Reino Unido	5,0%	"Consentimiento requerido"
Bélgica	3,4%	"Consentimiento Presunto"
Austria	3,3%	"Consentimiento Presunto"
Francia	2,7%	"Consentimiento Presunto" pero no se aplica
España	1,3	"Consentimiento presunto" pero no se aplica
Portugal	0,0%	"Consentimiento presunto"

Tabla nº 2: Relación entre "tipo de legislación" y "tasa de donación"

OBTENCIÓN DE ÓRGANOS DE UN CADÁVER.

La donación de órganos procedentes de un cadáver supone en todos los países europeos y norteamericanos (no así en los latinoamericanos donde predomina la donación entre personas vivas), la mejor y, en ocasiones, la única vía de obtención de órganos para trasplante.

El Consejo de Europa mediante la Resolución 29 adoptada por el Comité de Ministros de todos sus Estados miembros hace prevalecer la decisión de la persona fallecida, expresada anteriormente a la extracción, sobre el acuerdo que la familia debería tomar ante la petición de los médicos en el momento del deceso. Más concretamente, el artículo 10 de la citada Resolución establece que el consentimiento sea presunto, aunque concede a los Estados miembros la potestad para legislar sobre la exigencia del consentimiento del representante legal del fallecido. Idéntico criterio de "consentimiento presunto" ha sido asumido por la Organización Mundial de la Salud en sus Principios Rectores sobre el Trasplante de Órganos (Resolución WHA44.25, de 1991).

Las directrices de estos dos organismos internacionales, aunque no tienen carácter vinculante, fueron plenamente asumidas por la legislación española en materia de donación de órganos y trasplantes. Así, la Ley de Trasplantes de 1979 establece en su artículo 5.2 que la "extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá realizarse con fines terapéuticos o científicos en el caso de que éstos no hubieran dejado constancia expresa

de su oposición"; en 5.3 se indica que "las familias presumiblemente sanas que falleciesen en accidente o como consecuencia ulterior de éste se considerarán, asimismo, como donantes, si no consta oposición expresa del fallecido".

El espíritu de la Ley es ampliamente favorable al trasplante de órganos procedentes de cadáveres; como señala Romeo (1993):

"La solución adoptada por la Ley española es una solución de compromiso: pretende dar facilidades para la obtención de órganos compatibilizándolo con el respeto de la voluntad (explícita o implícita) que en vida pudiese tener el fallecido, sin que tal voluntad pueda ser deformada por terceros o éstos puedan imponerse a la misma".

En el mismo sentido se pronuncia Moya (1986):

"El tema del consentimiento lo ha abordado nuestro legislador de un modo verdaderamente generoso y amplio, puesto que si nos fijamos, se ha ido en la práctica hacia la socialización del cadáver".

A pesar de esta generosa disposición favorable a la obtención de órganos, se hace necesario reconocer la distancia, como ya hemos dicho, que separa legislación y realidad;

Como señala el Director de la Organización Nacional de Trasplantes, Dr. Matesanz (en prensa), incluso en los casos en que el fallecido lleva un carnet de donante, se solicita el permiso a los familiares.

Esta aplicación laxa de la Ley puede estar motivada, en parte, por la dudosa interpretación del artículo octavo (capítulo II) del Real Decreto

426/1980 que desarrolla la Ley de Trasplantes donde se establecen las distintas formas para expresar la oposición a la extracción de órganos, incluyendo entre ellas, "cualquier otro medio sin necesidad de formalidad alguna". Según García (1993) "esto ha sido interpretado por los jueces en el sentido de que puede haber personas que comenten a sus familiares, unos minutos antes de morir, su deseo de no ser donantes. Por ello, siempre se considera apropiada la consulta a la familia". Esta notable limitación al desarrollo pleno de la ley tiene importantes repercusiones en el abordaje del problema de escasez de órganos para trasplantes; en este sentido, Moya (1986) afirma:

"Sobre estas bases, por tanto, es muy difícil progresar en el campo legislativo. Hace falta progresar en el campo de la mentalidad, haciendo verdaderas campañas de educación sanitaria en este sentido".

Sin embargo, transcurrido un importante período temporal desde la publicación de la Ley de Trasplantes, varios autores plantean la necesidad de adecuar la realidad social actual a la Legislación y aplicar de forma decidida el criterio de consentimiento presunto. Romeo (1993) sintetiza adecuadamente esta posición: "

"Las prácticas que se han dado de hecho (y que continúan dándose ahora) se han movido en torno a la solicitud del consentimiento familiar, sin utilizar el recurso legal de la no constatación de oposición por parte del cadáver en vida. Es cierto que en este terreno la Ley acuñaba una solución

innovadora, como tampoco lo es menos que se adelantó a las concepciones ético-sociales vigentes en aquellos momentos en nuestro país. Y por tal motivo hay que calificar de sensato este proceder, pues hubiera tenido previsiblemente efectos negativos magnificadores de no haber contado con el parecer familiar. Sin embargo, a la vista de los años transcurridos el efecto educativo de esta legislación así como el fomento de la solidaridad humana que ha propiciado, creo que sería el momento de dar un paso más, procurando mantener un equilibrio entre las más amplias posibilidades legales todavía no aprovechadas y la sensibilidad social contra una posible socialización del cadáver, como podría asentarse en la mente de la población".

En ese mismo sentido, Romero (1986) manifiesta su preocupación por la importancia que se viene dando a la necesidad de solicitar el permiso a los familiares e incluso por las campañas divulgativas que se basan en esta premisa; en su opinión, estas situaciones pueden implementar en la sociedad la idea de que "los familiares tienen auténticos derechos adquiridos sobre ese cadáver de quien era pariente suyo, lo cual no es cierto y genera además, confusión sobre lo previsto por la Ley de Trasplantes"; el autor propone una aplicación más rigurosa de las diferentes normativas. En mi opinión, dice, "habría que dar algún paso más y explicar de algún modo cuál es la situación derivada de la actual regulación legal y, por ejemplo, preguntar si ellos (los familiares del posible donante de órganos) conocían cuál era la opinión de su pariente sobre esta cuestión, de si era partidario o no de la donación de

órganos, qué testimonio podrán presentar ellos al respecto, en fin, en último extremo informarnos de que al amparo de la Ley podrá hacerse la extracción, pero con toda seguridad sería una actitud mucho más solidaria por su parte otorgar también su permiso".

Recogiendo estas preocupaciones, nuestra investigación trata de averiguar también la opinión pública que merecería una ley que hiciese efectiva la actual legislación y no solicitase permiso a los familiares. En el capítulo de "Resultados" analizaremos las respuestas a esta cuestión por parte de la muestra consultada.

El criterio de muerte cerebral

En un estudio recientemente realizado (Martín y cols., 1991), una muestra representativa de la población madrileña señalaba que "el miedo ante la posibilidad de una muerte sólo aparente" constituía una importante razón (la segunda porcentualmente, tras la de "por no saber cómo hacerlo") para "no hacerse donante". La literatura especializada (Domínguez y cols., 1991; Younger y cols, 1990; Nivet y cols., 1990; Mannien y Evans, 1988; Kirste, Muthny y Wilms, 1988; Perkins, 1987; Murphy, 1987; Parirsi y Katz, 1986 ...) abunda en trabajos de investigación que recogen este temor como una de las principales variables que podrían explicar en parte las actitudes negativas hacia la donación de órganos. Este temor se sustenta principalmente en el concepto tradicional de muerte, aún vigente en la actualidad y que se caracteriza por la

ausencia de respiración y de actividad cardíaca; sin embargo, como señala la Comisión Permanente sobre trasplante de órganos (1993): "en la práctica de la extracción de órganos para trasplante el criterio tradicional es inaplicable al precisarse la integridad de la circulación sanguínea para mantener la viabilidad de los órganos que luego podrán trasplantarse". Las dudas que puedan mantenerse sobre la identificación legal, ética y científica entre los conceptos de "muerte" y "muerte cerebral" deben ser despejadas no sólo de la población general sino también de una parte del colectivo médico.

La legislación internacional se ha ocupado de definir de forma precisa la muerte, identificándola como "muerte cerebral". El Consejo de Europa, con el objeto de armonizar el derecho de los países miembros en lo que a la extracción de órganos de cadáveres y a la extracción "in vivo", estableció una serie de directrices para su desarrollo; estas recomendaciones (así han de ser entendidas por su carácter no vinculante) están plenamente recogidas en la Ley de Trasplantes española. Así el artículo 1 de la Resolución 29 adoptada por el Comité de Ministros establece que la muerte es la "pérdida irreversible de las funciones cerebrales; similar formulación se recoge en el artículo 5.1 de la Ley de Trasplantes española donde se manifiesta que la comprobación de la muerte se basará en "la existencia de irreversibilidad de las lesiones cerebrales y, por tanto, de la vida". De forma peculiar, el ordenamiento legal español impide que entre el grupo de tres médicos que tienen que firmar el certificado de defunción de un posible donante, figure algún miembro del

equipo "que vaya a proceder a la obtención del órgano o a efectuar el trasplante". Con esta delimitación de competencias, se trataría de favorecer la independencia de criterios de ambos equipos médicos y evitar posibles conflictos de intereses.

El proceso de donación de órganos de cadáveres implica la existencia de una serie de condiciones favorables que conviertan a un paciente en un donante de órganos; García (1993) señala una de estas condiciones: la de establecer la muerte "mediante una serie de requisitos médicos y legales como tener el electroencefalograma plano".

Para que el criterio de muerte cerebral pueda ser efectivo se necesita inexcusablemente que el posible donante llegue vivo a un centro sanitario, único lugar donde puede ser emitido el diagnóstico de muerte cerebral, dándose comienzo con ello al proceso de donación de órganos y trasplante.

Esta serie de requisitos han de ser transmitidos de forma clara, precisa y científica a la población. En este sentido se pronuncia Conde (1986) al asegurar que "cuando la muerte cerebral se ha producido, con independencia de que se vayan a trasplantar los órganos de ese cadáver o no, debe quedar muy claro que esa persona está muerta, y esto es algo que no sé si ha calado lo suficiente en la mentalidad de la población, especialmente en los médicos".

Esta labor divulgativa y educativa sobre el concepto de "muerte cerebral" puede verse especialmente dificultada por la oposición, por motivos

éticos o religiosos de una parte del colectivo médico, a aceptar que la "pérdida irreversible de las funciones cerebrales" signifique el cese definitivo de toda esperanza de vida. Diversos autores extranjeros y nacionales han encontrado en estudios realizados sobre las actitudes de los profesionales médicos y auxiliares de centros sanitarios serías dudas cuando no abiertas discrepancias en relación al concepto de muerte cerebral y de su diagnóstico clínico (Frutos y cols, 1993; Equipo de Coordinación de Trasplantes del Hospital General de Segovia, 1992; Ortells y cols. 1990; Ettner y cols, 1988; Méndez, 1986). La conclusión mayoritaria de estos estudios consiste en destacar la importancia de informar detalladamente a los trabajadores de centros sanitarios, sea personal médico o auxiliares, de la validez científica y legal del criterio clínico de muerte cerebral. Las autoridades sanitarias españolas, haciéndose eco de este problema, han puesto en marcha el "Programa Integral Europeo para la Donación de Órganos" que contempla entre sus objetivos, informar a todos los profesionales de los hospitales con actividad generadora de órganos o trasplantadora, de los aspectos legales y clínicos de la muerte cerebral.

GARANTÍAS LEGALES DE DONANTES Y RECEPTORES.

La legislación española pretende proteger tanto la salud como la libertad del donante vivo (García, 1993). El Real Decreto 428/1980 por el que se desarrolla la Ley de Trasplantes establece (en su artículo 4º) como uno de los requisitos para la donación realizada por personas vivas que: "el donante

otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo por escrito ante la autoridad pública que reglamentariamente se determine ..."

La difusión y cumplimiento de las garantías legales del donante cadáver son objetivos de especial transcendencia debido al temor manifestado por la población española en diferentes sondeos, a que se precipite la extracción de órganos cuando el paciente se encuentra al borde de la muerte. La legislación española e internacional consagran las siguientes garantías legales:

- El Consejo de Europa en el comunicado final de la Conferencia de Ministros de Sanidad establece que la extracción de órganos de una persona fallecida no puede ser efectuada cuando exista constancia de que la persona fallecida hubiera rechazado la donación de órganos; por otra parte, obliga a mantener en el anonimato la personalidad del donante. Ambos aspectos han sido recogidos fielmente en la legislación española.

- "Tanto la Ley de Trasplantes (artículo 5) como el Código Penal (arts. 406, 407, 409 y 489) proceden a garantizar una efectiva asistencia médica y protección de la vida del potencial donante mientras exista la mínima posibilidad de recuperación de su vida" (Romeo, 1993).

- Como hemos señalado anteriormente, el Real Decreto de 1980 que desarrolla la Ley de Trasplantes, impone (art. 10) que los médicos que firmen el certificado de defunción no puedan pertenecer al equipo médico

encargado de la extracción y del trasplante del órgano.

- Es necesario constatar antes de la extracción de órganos que no existe oposición expresa del fallecido a la donación de órganos (art. 5.3 de la Ley de Trasplantes de 1979; art. 8 del Real Decreto de 1980 que desarrolla la Ley de Trasplantes de 1979). Para ello, la Secretaría de Estado para la Sanidad establece en su Resolución de 15 de Abril de 1981 (art.8) "en todos los Centros hospitalarios autorizados para la extracción de órganos de fallecidos existirá un libro-registro de voluntades, tanto positivas como negativas, en relación con la posible donación de órganos de los pacientes que ingresan en dichos Centros". Sin embargo, como ya hemos indicado, en todos los casos se solicita el permiso a los familiares y su decisión es determinante para la extracción o no de los órganos.

La legislación española contiene también garantías para el enfermo que espera recibir el trasplante, recogidas en la Ley de Trasplantes (art. 6), en el Real Decreto (art. 12) y en la Ley General de Sanidad (art. 10.5). Estas garantías tienen que ver con el fin curativo de la intervención, la realización de pruebas médicas previas al trasplante adecuadas, la información sobre los riesgos que corre debidos a la intervención. Se realizará ante la necesidad de ser sometido a un trasplante y en el momento inmediatamente anterior a la operación. Se hace mención también al consentimiento expreso del receptor o de sus representantes legales (en los casos de que sea un menor o un deficiente mental), a la aplicación de criterios exclusivamente clínicos y

objetivos en la selección de candidatos a receptores y en el establecimiento de un orden de preferencia, así como al anonimato.

LA IMPORTANCIA DEL JUEZ DE GUARDIA EN LA APLICACIÓN DE LA LEY DE TRASPLANTES.

Tras el diagnóstico de muerte cerebral y una vez solicitado el permiso de extracción a los familiares del fallecido (situaciones que no necesariamente han de darse en este orden) puede requerirse el permiso del juez de guardia para hacer efectiva la extracción de los órganos. Este requisito legal necesita ser cumplimentado con gran urgencia, ya que el deterioro de los órganos en el cadáver puede impedir la viabilidad del trasplante.

La extracción de órganos de fallecidos por causas no naturales (por accidente o cualquier otra muerte violenta) exige la autorización previa del juez encargado del conocimiento de la causa (artículos 335 y 343). Esta autorización deberá ser concedida "en aquellos casos en que la obtención de órganos no obstaculice la instrucción del sumario por aparecer debidamente justificadas las causas de la muerte" (artículo 5.3 de la Ley de Trasplantes de 1979). Los accidentes suponen según la O.N.T., la principal vía de obtención de órganos para trasplantes y en todos los casos donde se acceda por parte de los familiares al trasplante, es obligatorio obtener la autorización judicial. A raíz de estas consideraciones, se hace imprescindible una colaboración ágil y precisa entre el médico (encargado de justificar debidamente las causas de la muerte

del posible donante) y el juez (que deberá conceder la autorización judicial para la extracción con la urgencia que requieren todos los casos de donación de órganos para trasplante). Plaza (1986) alerta sobre el retraso en las diligencias judiciales o sobre la petición de requisitos extraordinarios a los considerados en la Ley vigente que pueden malograr en algunas ocasiones los órganos para el trasplante. A ello, alude García (1993) advirtiendo que "en resumen, una mente jurídicamente estrecha puede hacer del apartado tres del artículo quinto de la Ley un muro insalvable para la obtención de un órgano para trasplante".

EL COMERCIO DE ÓRGANOS.

Uno de los temas recurrentes y de mayor repercusión en la opinión pública, es el de la compra y venta de órganos. Su incidencia especialmente negativa en la sensibilidad de la población hacia la donación de órganos precisa algunas aclaraciones sobre la importancia real de estas prácticas y la legislación que las contempla.

El comercio con riñones procedentes de donantes vivos sin relación de parentesco con el receptor está mejor documentado en la India (Abouna, 1991; Salahudeen y cols., 1990) pero aparentemente ha tenido lugar también en Egipto (Abouna, 1991), Irak (Abouna, 1993), algunos países del Lejano Oriente, Filipinas y, probablemente, en algunos países Latinoamericanos; incluso se ha producido y ha sido ampliamente estudiado un famoso caso en Gran Bretaña (citado en Daar, 1993). Según Salahudeen y cols. (1990), un

riñón procedente de un donante vivo no relacionado con el receptor puede valer cerca de 3000 dólares en Bombay. Abouna (1993) denuncia que, estimativamente, desde 1990 se comercia con más de 2000 riñones procedentes de la India; los receptores de estos órganos son prósperos ciudadanos del Medio y Lejano Oriente y de Europa.

Bajo el término "comercio de órganos" se encuentran recogidos una gran diversidad de prácticas con el denominador común de la "utilización con ánimo de lucro de órganos humanos"; sus características diferentes y las variadas repercusiones que tienen en los donantes requieren sendos estudios de cada una de las prácticas de comercio de órganos; no producen las mismas consecuencias y, por lo tanto, no pueden ser juzgadas desde la misma óptica, la compra-venta de un riñón donado de forma "voluntaria" (aunque la venta se deba básicamente a la situación de extrema pobreza que soporta el donante) que aquellos otros casos, de confirmarse su existencia, en los que se secuestra o asesina a una persona para vender sus riñones. Por ello, Daar (1993) propone una clasificación de los tipos de trasplante renal entre personas vivas que permita una discusión ética más precisa. Esta clasificación incluiría, al menos, 6 categorías:

1. Donación en vida procedente de un donante relacionado genéticamente con el receptor.

La mayoría de los profesionales de la medicina aceptan este tipo de trasplante a pesar de los costes psicológicos y físicos para el donante.

II. Donación basada en lazos emocionales con el receptor.

Este tipo, incluye las donaciones del cónyuge. Se caracteriza, por lo tanto, por la inexistencia de relación genética con el receptor.

III. La donación procedente de personas ajenas al paciente pero por motivos altruistas.

Este es un tipo de donación muy escaso, pero que está bien documentado y cuenta con el apoyo de diversos autores (Spital, 1989; Evans, 1989).

IV. "Grey basket".

Se trata de una categoría de difícil traducción y que originalmente se conocía como "rewarded gifting" (injerto recompensado).

El "grey basket " es un área mal definida de la donación de órganos entre personas vivas que abarca varios conceptos como "donación recompensada", "donación con incentivos", el concepto "pain money" (dinero de dolor, textualmente) "altruismo indirecto", "filantropía obligatoria", etc.

Desde un punto de vista ético, en esta categoría estarían equilibradas la práctica puramente comercial que implica la obtención de beneficios económicos y la preocupación por la recuperación del paciente; también bajo este concepto se encontrarían las opiniones que se muestran favorables a recompensar las donaciones como forma de obtener más órganos para trasplantes.

V. El comercialismo exuberante.

Esta categoría se distingue claramente de la anterior porque el interés por la salud del paciente queda ampliamente marginada. Los trasplantes de riñones son gestionados como si de una mercancía se tratara. La empresa que se dedica a ellos tiene como objetivo fundamental la maximización del beneficio de los profesionales y los intermediarios, utilizando al paciente y al (frecuentemente explotado) donante, meramente como instrumentos.

VI. Extracción de órganos de forma criminal.

Esta categoría implicaría el secuestro, asesinato y extracción de los riñones de una persona con el objeto de venderlos al mejor postor. Frecuentemente, han aparecido en los periódicos rumores denunciando estas prácticas, pero la evidencia presentada no ha permitido llegar a conclusiones sólidas. Las Naciones Unidas han investigado la venta de niños alrededor el mundo para diversos propósitos (prostitución, trasplante); en 1992 publicaron el informe sobre la investigación practicada sin que pudiese aportar evidencia concluyente alguna de la existencia de este tipo de prácticas criminales.

Para Daar (1993), las categorías I, II, y III de la clasificación, son aceptables para la profesión médica. Las categorías V y VI no son aceptables desde los códigos éticos de la profesión médica. La categoría IV, debido a su heterogeneidad, precisa un mayor análisis para delimitar mejor distintos tipos de donación recompensada que permitan un juicio deontológico y ético más preciso.

En cuanto al tema del comercio de órganos procedentes de

cadáveres, recientemente, se ha intensificado el debate y la controversia, particularmente en los Estados Unidos. La conclusión predominante es que es un tema abierto, sujeto a revisión permanentemente (Kittur y cols., 1991). No obstante, la necesidad de órganos puede ser tan apremiante en algunos países occidentales y los sistemas de obtención de órganos tan limitados en sus logros que han comenzado a surgir opiniones favorables al comercio de órganos de cadáveres (Barnet y cols., 1992; Blumstein, 1992; Eisendrath, 1992; Kevorkian, 1988); en este sentido, Sells (1990) propone la creación de alguna agencia gubernamental que tuviese encomendados el pago de las donaciones y el anonimato del donante. Algunos autores van más lejos aún e incluso se muestran partidarios de la creación de auténticos mercados de órganos procedentes de cadáveres (Cohen, 1991). Las razones que justificarían esta utilización mercantilista de los órganos humanos varían según los autores; algunos hacen gala de argumentos pragmáticos (ineficacia de los sistemas de obtención de órganos basados en el altruismo, existencia de listas de espera cada vez más amplias, etc.); otros autores entienden que resulta difícil justificar la donación de órganos puramente altruistas cuando profesionales e instituciones de la salud intentan maximizar sus beneficios empresariales.

La situación legal ante el comercio de órganos se caracteriza por el predominio de legislaciones prohibicionistas en muchos países (americanos, europeos, africanos, etc.).

La 44ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el 13 de Mayo de 1991, los Principios Rectores sobre Trasplante de Órganos; en ellos se especifican que:

- "Los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante de órganos si tienen razones para pensar que esos órganos han sido objeto de transacciones comerciales".

- "Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de órganos cuyo fin sea ofrecer o recabar un precio".

Por su parte, el Consejo de Europa en 1987 aprobó en el comunicado final de la Asamblea de los ministros europeos de Sanidad la prohibición de toda comercialización de órganos humanos. En ella se indica que ningún órgano humano deberá ser cedido con finalidad lucrativa para un organismo de intercambio, un banco de órganos o cualquier otro establecimiento o particular; sin embargo, este principio no impide que un donante vivo sea reembolsado de los gastos en tiempo perdido y causados por la extracción o las pruebas clínicas previas.

Los gobernantes españoles han suscrito todos estos convenios internacionales y firmado cuantas declaraciones de organismos internacionales han contemplado el compromiso de impedir cualquier tipo de comercio con órganos.

En el ámbito nacional, la Comisión Permanente sobre Trasplante de Órganos y Tejidos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (1993), en un documento de consenso, indica que "los datos existentes sobre este problema han llevado a los diferentes países que poseen legislación sobre trasplante a prohibir específicamente esta práctica". En todas los países de nuestro entorno predominan el altruismo y la solidaridad como principales motivos inspiradores de leyes y comportamientos sociales. La mayoría de los gobiernos y de las confesiones religiosas condenan sin paliativos el tráfico interesado de órganos.

La Ley española de Trasplantes de 1979 y el Real Decreto de 1980 que la desarrolla, no nombran explícitamente el comercio de órganos, pero prohíben la percepción de compensaciones por la cesión de los órganos. La Ley española de Trasplantes de 1979, en su artículo II, señala que:

"No se podrá recibir compensación alguna por la donación de órganos.

Se arbitrarán los medios para que la realización de estos procedimientos no sea en ningún caso gravosa para el donante vivo ni para la familia del fallecido.

En ningún caso, existirá compensación económica alguna para el donante, ni se exigirá al receptor precio alguno por el órgano trasplantado".

En este sentido, Romero (1986) subraya la inexistencia de prácticas comerciales con órganos humanos en nuestro país e indica que si una situación de este tipo se produjera y fuera descubierta estaría castigada por el Código Penal como delito de mutilación.

Romeo (1993) mantiene idéntica opinión y señala las consecuencias que la divulgación de estos rumores pueden tener en la donación altruista de órganos.

La legislación española garantiza el anonimato del donante y del receptor con la finalidad de dificultar cualquier oferta económica o de otro estilo a la familia del donante o la exigencia o petición de compensación económica por parte de los familiares del fallecido.

El comercio de órganos es difícilmente aceptable desde posiciones éticas y legales y engendra insolidaridad y una cruel e indigna manipulación de personas en condiciones de extrema necesidad; además, dificulta en gran medida los esfuerzos realizados por los distintos gobiernos e instituciones para concienciar a la sociedad en la necesidad de donar órganos apelando a principios éticos como los de igualdad, solidaridad y altruismo. Las estrategias de obtención de órganos basadas en el altruismo y en la recompensa económica son incompatibles en una misma sociedad. En España, legislación, poderes públicos, clase médica, asociaciones de enfermos y toda la sociedad en general, están aliados en el objetivo común de mejorar el aprovechamiento de los órganos procedentes de cadáveres para la perpetuación de la vida y su mejor disfrute, mediante la cesión voluntaria y altruista de órganos de fallecidos, recurso éste tan precioso para el enfermo como inútil para el donante.

En el marco de la polémica suscitada por los partidarios, aun minoritarios, de una regulación del mercado de órganos humanos como

respuesta a las crecientes necesidades en materia de trasplantes, Caplan y Vinnig (1990) indican que antes de abandonar el altruismo como principal motivo de las donaciones, los responsables sanitarios deben insistir e intensificar los esfuerzos para informar y educar a la población como medio de impulsar la obtención de órganos y de garantizar una atención sanitaria que no discrimine a los menos favorecidos económicamente.

LA IGLESIA CATÓLICA ANTE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

Porque es la católica, la religión más ampliamente practicada en nuestro país y porque la religión tiene mucho que ver con el comportamiento, los hábitos y actitudes de una buena parte de los ciudadanos, es por lo que nos interesa acercarnos a esta perspectiva de opinión que tanto puede tener que ver con los permisos o con los rechazos en el tema de las donaciones.

Diferentes autores han resaltado la importancia de las creencias religiosas en la actitud hacia la donación de órganos y en la propia conducta de donación (Pérez y cols. 1993; Younger, 1992; Shanteau y cols., 1992; Domínguez y cols., 1991; Nivet y cols, 1990; Noal y Spanos, 1989; Kriste, 1988; Perkins, 1987; Hessing y Elffers, 1986). Por otra parte, y como hemos señalado con anterioridad, los países de religión musulmana integrista prohíben el trasplante entre personas vivas y tan solo aceptan la extracción de órganos procedentes de cadáveres con finalidad docente o investigadora.

La influencia de la religión o del marco de interpretación ético-moral de la realidad que toda religión conlleva se ejercería de dos formas principalmente; directamente mediante la divulgación de la opinión de una Iglesia o secta sobre la donación y los trasplantes de órganos o, indirectamente, influyendo la educación religiosa recibida por los fieles en relación a los conceptos de muerte, resurrección, integridad del cuerpo tras el fallecimiento, etc.

La religión predominante en España es el catolicismo y su posicionamiento ante la donación y el trasplante de órganos puede influir notablemente en la opinión y en el comportamiento de algunos sectores de la sociedad española, como de hecho habrá influido ya en la postura mantenida por gran parte de la población.

La Iglesia católica ha modificado sustancialmente su opinión sobre los trasplantes de órganos desde que esta técnica comenzó a ser empleada en seres humanos con éxito, hasta la actualidad; su inicial oposición se ha transformado en una amplia aceptación y en una notable colaboración con las autoridades médicas en la captación de donantes de órganos.

La postura doctrinal que la Iglesia católica mantiene en la actualidad sobre los trasplantes de órganos se haya recogida en el recientemente publicado Catecismo de la Iglesia Católica (1992), en cuyo capítulo titulado "El respeto de la persona y la investigación científica" se dice:

"El trasplante de órganos no es moralmente aceptable si el donante o sus representantes legales no han dado su consentimiento consciente. El trasplante de órganos es conforme a la moral y puede ser meritorio si los peligros y riesgos físicos o psíquicos sobrevenidos al donante son proporcionales al bien que se hace al destinatario. Es moralmente inadmisibles provocar directamente la mutilación que le deje inválido o bien su muerte, aunque sea para retardar el fallecimiento de otras personas".

La Iglesia católica parece optar, globalmente, por una solución ética que implique el consentimiento expreso del donante o de los familiares antes de efectuar la extracción de los órganos. Sin embargo, otros autores consideran que la Iglesia católica no se ha pronunciado claramente sobre este extremo.

La doctrina católica se refiere a los dos tipos de trasplante más comunes, entre personas vivas y procedente de cadáveres. Según Elizari (1993), "cuando se inició la era de los trasplantes con órganos de personas vivas, este tipo de intervenciones encontró, generalmente, una oposición frontal por parte de los moralistas católicos"; esta postura inicial puede explicarse, en opinión del autor, en base a dos factores principalmente:

"Su incapacidad para descubrir de la novedad de la situación que representaba la era de los trasplantes e imaginar respuestas nuevas. Estos teólogos, a pesar de conocer el interés que para el beneficiario suponía el trasplante, lo consideraron ilícito. Según ellos, la extirpación

de un órgano constituía una mutilación y ésta sólo era legítima para bien del propio cuerpo". "El segundo factor fue el apoyo que, equivocadamente, creyeron encontrar en diversos textos pontificios"

No resulta menos cierto que poco a poco la postura fue perdiendo terreno, con mayor rapidez en la Iglesia católica de América del Norte que en Europa.

Elizari concluye que "la aceptación de fondo de los trasplantes entre vivos, no ha significado, con toda carta blanca para cualquier intervención. El pensamiento católico, coincidiendo básicamente con otros enfoques éticos, exige varias condiciones: libertad del donante, lo cual supone información previa y comprensión de la misma, gratuidad, no necesidad del órgano para la propia supervivencia, inexistencia de mejores alternativas para el paciente." Todas estas condiciones han sido incorporadas en la legislación civil.

El mensaje transmitido por la Iglesia en lo que se refiere a la donación de órganos procedentes de cadáveres, "se centra en dos puntos: estímulo a la solidaridad y eticidad de estos trasplantes" (Elizari, 1993).

En lo que se refiere al contexto moral en el cual los trasplantes de cadáveres son aceptados por la Iglesia católica hay que señalar dos puntos importantes: la constatación de la muerte y la voluntad del difunto y/o la de sus familiares para proceder a la extracción de órganos; en cuanto a este último punto "existen diversas opiniones sobre la necesidad o no de requerir el

consentimiento explícito de un donante capaz, sobre el papel de los familiares y sobre los "derechos" de la sociedad en torno al cadáver. En relación con estas cuestiones, los teólogos pocas veces los han tratado con detenimiento.

Un aspecto del trasplante de órganos que tiene gran relevancia en la moral católica es el del respeto a la integridad del cuerpo humano tras su muerte. El Catecismo se manifiesta en este sentido de la siguiente forma:

"Los cuerpos de los difuntos deben ser tratados con respeto y calidad en la fe y en la esperanza de la resurrección. Enterrar a los muertos es una obra de misericordia corporal (que honra a los hijos de Dios templos del Espíritu Santo). El don gratuito de órganos después de la muerte es legítimo y puede ser meritorio".

Pero la importancia de la opinión de los familiares en la donación de cadáveres no ha sido explícitamente aclarada por las autoridades católicas; y en el pueblo, menos versado en exquisiteces teológicas, temas como los de la mutilación y la resurrección, ocupan un lugar no sustituido todavía por las nuevas doctrinas sobre donación.

LA INDUCCIÓN A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS.

Hemos de contemplar las actuaciones encaminadas a persuadir a las personas para que donen sus órganos en vida o para que faciliten la donación de los órganos de sus familiares fallecidos. La legislación sobre donación y trasplante de órganos también se ocupa de fundamentar los

principios que deben guiar las actuaciones públicas y privadas que tengan como objetivo sensibilizar a la opinión pública y educar a la población sobre estos temas para propiciar el aumento de las donaciones.

La Disposición Adicional 2ª del Real Decreto 426/1980 por el que se desarrolla la Ley de Trasplantes encarga a través de la Secretaría de Estado para la Sanidad, al (entonces) Ministerio de Sanidad y Seguridad Social; "Promocionar campañas de educación sanitaria y solidaridad humana en estas materias, determinar las medidas informativas que deben facilitar los Centros sanitarios y precisar el funcionamiento del registro especial que debe existir en los mismos".

El legislador pretende mantener a la población española adecuada y permanentemente informada sobre los aspectos más importantes de la donación y el trasplante de órganos, en especial, sobre aquellos aspectos que se ha demostrado que pueden incidir en el desarrollo de un clima social positivo hacia la donación y los trasplantes de órganos.

El Consejo de Europa mediante el compromiso alcanzado en la Conferencia de Ministros de Sanidad en 1987 establece en el artículo V de la declaración final, las líneas que deben guiar la política informativa de los Estados miembros en relación a estos temas:

- *Los Estados miembros deberán tomar medidas para informar adecuadamente a la opinión pública de la significación de los trasplantes de órganos, que permiten salvar vidas y mejorar la calidad de vida; además,*

deberán contar con el concurso de todos los profesionales de la salud en este esfuerzo. Los programas de información deberán tener en cuenta y estimular la cooperación europea.

- Para ello, convendría estimular la puesta a punto de materiales informativos sobre la donación y el trasplante de órganos a fin de ayudar a las organizaciones regionales a planificar, coordinar e intensificar los esfuerzos en este terreno.

Recientemente, la Comisión Permanente sobre Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Sanidad (1993) ha establecido los criterios que debe seguir la política informativa y educativa que han de desarrollar los poderes públicos:

"La inducción a la donación debe estar basada en criterios formativos, educacionales y de sensibilización de la población hacia los problemas de aquellos que precisan un órgano para seguir viviendo o para mantener las coordenadas de una vida social normal".

"Las campañas promocionales dirigidas a la población en general, o a colectivos concretos como el de los profesionales sanitarios constituyen, por tanto, una medida de completa y efectiva rentabilidad social".

RESUMEN DE ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

1.- La legislación española sigue las recomendaciones éticas y los principios legales promulgados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa, la Organización de Naciones Unidas, etc. en materia de donación y trasplante de órganos.

2.- El objetivo principal de las leyes españolas es favorecer las donaciones de cadáveres, garantizando los derechos de donantes y receptores.

3.- El criterio básico que allenta la normativa española en estos temas es el del consentimiento presunto por el que todos los españoles son donantes potenciales si no han expresado su oposición claramente; sin embargo, en la práctica habitual se requiere el consentimiento familiar para efectuar la extracción de órganos.

4.- Una parte de profesionales del Derecho y de la Medicina abogan por una aplicación rigurosa de la Ley que implicaría solicitar el consentimiento familiar pero sin dejar en manos de los allegados la decisión final.

5.- La muerte cerebral definida como el cese irreversible de toda

actividad cerebral es el criterio científico y legal para objetivar la muerte de un paciente. La explicación, cuando resulte conveniente, a los interesados y al colectivo médico en particular, de la cientificidad de este concepto es un requisito previo para disipar temores infundados sobre extracción de órganos y para aumentar la conciencia social a favor de las donaciones.

6.- Los donantes y receptores de órganos gozan de una serie de garantías legales entre las que se encuentran el respeto a su voluntad, el anonimato, la información sobre los riesgos que corren y la utilización de los órganos extraídos para un fin curativo.

7.- El comercio de órganos supone un conjunto de prácticas mercantilistas destinadas a la compra y venta de órganos que están prohibidas por las legislaciones sanitarias, nacionales e internacionales y son ampliamente rechazadas por su insolidaridad y por la explotación que se ejerce sobre los donantes. Se ha demostrado su existencia en diversos países. En España no se ha documentado ningún caso pese a lo cual las noticias procedentes de otros países y los rumores que recurrentemente aparecen en los medios de comunicación tienen importantes consecuencias negativas en el logro de un clima favorable a las donaciones.

8.- La legislación española encomienda a los poderes públicos la misión de informar y educar a la sociedad sobre la realidad de los trasplantes de órganos desde una perspectiva solidaria y altruista. Hacia la implementación de estos objetivos apunta, en última instancia, nuestro trabajo.

1.3. Trasplante de órganos: importancia y urgencia, eficacia y resultados en calidad de vida.

El trasplante de órganos es una técnica quirúrgica que se comienza a investigar experimentalmente a principios de este siglo. En 1908, Carrell practicó con mamíferos los efectos del trasplante de diversos órganos; por estos trabajos recibió el premio Nobel en 1919; su mayor aportación fue relacionar el rechazo del órgano o tejido con determinadas condiciones biológicas; así, por ejemplo, observó que cuando a un animal se le autotrasplantaba un miembro que antes había sido separado de su cuerpo, la posibilidad de rechazo era mínima; ésta, sin embargo, se incrementaba conforme la relación de parentesco entre donante y receptor era menor. Además, Carrell observó que tras el trasplante aparece una etapa crítica en la que se dan la mayor parte de los rechazos; una vez superada esta fase, el órgano trasplantado empieza a recobrar sus funciones normales.

Otros autores comenzaron a publicar paralelamente estudios realizados fundamentalmente con gatos, perros y monos (Ullman, 1902; Floresco, 1905; Guthrie, 1905). A partir de estas investigaciones originales, se fue conformando un cuerpo teórico-experimental que consiguió mejoras paulatinas tanto en la técnica quirúrgica como en el tratamiento del rechazo del órgano o del tejido trasplantado (Briggs, Kominami, Nilson y Merrill, 1972;

Simmons, Fulton y Fulton, 1972; Dausset y cols., 1974; Vlederman, 1975; Check, 1978; Washer y cols., 1983; National Institute of Health, 1981; ...). Por fin, y tras superar no pocas trabas legales, éticas y deontológicas, el trasplante se comenzó a aplicar a seres humanos en 1.955 cuando Murray, Merrill y Harrison llevaron a cabo el primer trasplante de riñón. El primer trasplante clínico de pulmón se realizó en 1.963 (Canalis, 1988), en 1.967 el Dr. Barnard llevó a cabo el primer trasplante clínico de corazón (Alonso y cols., 1992) y en 1968 se trasplantaron por primera vez en una misma intervención, un corazón y un pulmón.

Muy pronto, con la progresiva extensión del trasplante de órganos se pudo comprobar que esta técnica quirúrgica produciría un considerable aumento de la esperanza vital de enfermos afectados por insuficiencia renal crónica, principal aplicación en los tiempos pioneros de la técnica; y, paralelamente, el trasplante renal conseguiría mejorar substancialmente la calidad de vida de individuos obligados a seguir otro tipo de tratamiento paliativo para fases menos avanzadas de esta enfermedad. Con el correr del tiempo, estos dos efectos benéficos (incremento de esperanza de vida y de su calidad) se extendieron a otros enfermos con diversas patologías terminales orgánicas. Los progresos realizados en el desarrollo de esta intervención quirúrgica no sólo hizo concebir esperanzas de salvar vidas en situación crítica sino que alimentaron expectativas de permitir un desenvolvimiento normalizado o, al menos, menos limitado que el proporcionado por la técnica terapéutica

convencional de mantenimiento.

Cuando el trasplante de órganos comenzó a ser aplicado en seres humanos surgieron dos problemas básicos que impidieron optimizar los resultados de la nueva técnica: el eventual rechazo del órgano trasplantado y la escasez de órganos adecuados para la sustitución.

La primera dificultad ha sido progresivamente soslayada (que no resuelta) con el descubrimiento de nuevas drogas (azatioprina, prednisona y la más reciente y efectiva ciclosporina en sus diferente versiones, entre otras) capaces de actuar sobre el sistema inmunológico del receptor de una forma más efectiva y controlada propiciando que el nuevo órgano desarrolle sus funciones correctamente. El correlato lógico a este y otros avances científicos en el ámbito que nos ocupa, ha sido el crecimiento espectacular de las intervenciones, que está en lineal y positiva consonancia con la efectividad de la técnica y su extensión a diferentes órganos, distintos ya de los que protagonizaron las primeras experiencias.

La importancia en la actualidad del trasplante de órganos se debe fundamentalmente a tres factores.

- Es una intervención quirúrgica que se aplica como última alternativa terapéutica a enfermos de diversas patologías orgánicas terminales que provocarían su muerte en un corto plazo de tiempo.

- La gran eficacia obtenida con este tipo de intervenciones en la supervivencia de enfermos de insuficiencias orgánicas terminales y su

extensión a la práctica totalidad de los órganos humanos.

- El aumento de calidad de vida que disfruta el trasplantado, una vez superada la operación y el inicial peligro de rechazo.

La eficacia del trasplante de órganos y su aplicación generalizada son expuestas por el Director de la Organización Nacional de Trasplantes, Dr. Matesanz (1991) de la siguiente forma:

"El trasplante de órganos y tejidos constituye hoy por hoy la mejor y a menudo única alternativa válida para un número cada vez mayor de pacientes afectados de todo tipo de patologías que tienen en común la destrucción total de una parte del organismo. [...] Si bien los trasplantes de córnea y riñón se vienen haciendo regularmente desde hace décadas, en los años ochenta, como consecuencia del desarrollo de medicamentos antirrechazo más potentes y de la mejora general de los procedimientos quirúrgicos, se ha producido un "boom" espectacular de estas técnicas, hasta el punto que hoy día se puede decir que prácticamente todos los órganos y tejidos, a excepción del sistema nervioso, son susceptibles de ser trasplantados, y lo que es más importante, con unos excelentes resultados de supervivencia en unos enfermos de extrema gravedad. De todo ello, se desprende, por una parte, la innegable utilidad sin otra solución que su sustitución por otro órgano o tejido sano procedente de otra persona."

La tercera característica básica del trasplante de órganos, el aumento de calidad de vida que este tipo de intervención proporciona a pacientes cuya autonomía funcional se halla seriamente limitada, será tratada más adelante con la extensión que en nuestro caso merece.

A pesar de estas ventajas, desde sus inicios, el trasplante de órganos ha tenido detractores que han basado sus críticas en diversos planteamientos éticos, religiosos, económicos, etc. Incluso, hoy, como enseguida veremos, hay opiniones encontradas sobre la rentabilidad económica de los trasplantes de órganos en relación a su eficacia en un sistema sanitario público ampliamente deficitario.

TENDENCIAS FUNDAMENTALES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

El desarrollo de los trasplantes ha estado marcado en los últimos tiempos por la ampliación de sus aplicaciones y por las altas tasas de eficacia obtenidas. Peters y Vaughn (1990) y Webb y cols. (1990) han sintetizado las principales características del período comprendido entre 1984 y 1990 en Estados Unidos en lo que a donaciones procedentes de cadáveres se refiere. En líneas generales las conclusiones alcanzadas por estos autores, del tenor de las que seguidamente señalaremos, pueden hacerse extensivas a España y a otros países de nuestro entorno. Así, los órganos de donantes procedentes de cadáveres han sido crecientemente utilizados para salvar vidas y preservar la salud de pacientes con enfermedades orgánicas terminales. En Estados

Unidos, durante el período 1984-88, se ha informado de la recuperación de órganos procedentes de 10,488 donantes de los que se obtuvieron 27,833 órganos vasculares. Estos órganos fueron utilizados para trasplantar 18,277 riñones, 3425 corazones, 2957 hígados y 411 injertos pancreáticos (así como cantidades más pequeñas de otros tipos de trasplantes: pulmón, intestino, corazón-pulmón, y de injertos multiviscerales). Estos datos indican que se consiguió una tasa de utilización de los órganos obtenidos que excede el 90%. Esta constante tendencia a disminuir el desperdicio de órganos ha estado acompañada por un aumento sustancial del número de donantes cadáveres multiorgánicos. El trasplante de órganos procedentes de cadáveres ha aumentado constantemente desde 1981 hasta 1986, año en el que se estabilizó. Sin embargo, en años posteriores se ha producido un progresivo pero ligero aumento en la obtención de órganos de cadáveres que no ha sido suficiente para compensar el sustantivo incremento de pacientes en lista de espera. Otra tendencia detectada en el período 1986-1990, es la extensión de los beneficios del trasplante a pacientes de mayor edad y la utilización de órganos de personas fallecidas a una edad más avanzada. En concreto, el aumento de la proporción de trasplantes realizados a pacientes de más de 60 años ha sido espectacular.

En lo que se refiere al trasplante renal (el más frecuente y eficaz), la tasa de trasplante es, en la actualidad, más alta en el grupo de edad pediátrico y disminuye progresiva y suavemente con el aumento de la edad.

En comparación con la población general, los fallecidos que donan se caracterizan por ser jóvenes y preferentemente hombres. Los crecientes índices de accidentes de tráfico (que afectan fundamentalmente a los hombres jóvenes), principal causa de muerte en la donación de órganos procedentes de cadáveres, pueden explicar en parte estos datos. La histocompatibilidad entre donante y receptor ha ido adquiriendo cada vez más importancia en relación al aumento de la supervivencia del paciente y del injerto y, consecuentemente, al mejor aprovechamiento de los escasos órganos disponibles.

Para justificar la importancia de los trasplante y, sobre todo, la urgencia que requiere su promoción, intentaremos, a continuación, tratar el tema desde las ópticas bien precisas de eficacia, economía y calidad de vida. Para ello, no dejaremos de fijarnos en las principales alternativas al trasplante de órganos procedentes de cadáveres, que están desarrollándose en la actualidad; tipos de trasplante orgánicos más frecuentes y sobre los que se han realizado un mayor número de trabajos descriptivos y experimentales.

LA EFICACIA

La primera cuestión que se plantea en relación con este tipo de intervenciones es el grado en que cumplen con su objetivo principal: el mantenimiento con vida del paciente. Complementariamente, es necesario plantearse la eficacia comparativa con otras alternativas terapéuticas, si es que las hubiese.

En relación con el primer punto, la eficacia global de los trasplantes de órganos, es preciso señalar que, como ya se indicó más arriba (Matesanz, 1991), una parte importante de las patologías orgánicas terminales no permiten la utilización de otras técnicas curativas o paliativas. En estos casos, el trasplante de órganos se configura como la única opción posible para salvar al enfermo de una muerte irremediable y a corto plazo.

La utilización de una nueva generación de drogas inmunosupresoras ha producido un aumento espectacular en la eficacia de los trasplantes gracias a su efecto más selectivo y menos dañino sobre el sistema inmunitario, el causante del rechazo de los implantes. Paralelamente, la técnica quirúrgica ha avanzado considerablemente y el postoperatorio se ha reducido de forma notable.

En general, la eficacia está medida en función de dos criterios: "tasa de supervivencia del órgano trasplantado" y "tasa de supervivencia del enfermo". Las peculiaridades de los distintos tipos de trasplantes producen diferentes tasas de eficacia, por lo que no está de más alguna indicación, aunque solo sea de pasada, de la eficacia de los distintos trasplantes.

El trasplante renal presenta unas peculiaridades que lo distinguen del resto de trasplantes.

En primer lugar, fue la primera de estas intervenciones en ser aplicada al ser humano, por lo que su desarrollo es mayor y el conocimiento que se tiene de su eficacia, más amplio. En segundo lugar, el enfermo renal,

a diferencia de los afectados por el resto de patologías orgánicas, puede paliar su enfermedad con una medida terapéutica alternativa: la hemodiálisis, que proporciona un margen de tiempo más amplio para localizar un riñón adecuado al enfermo; de esta manera se reduce la incidencia del rechazo.

Por fin, el riñón que necesita un enfermo de insuficiencia renal crónica, puede tener, a diferencia del resto de enfermos con patologías orgánicas, dos procedencias: una persona viva (normalmente un familiar allegado, emparentado genéticamente o cónyuge) o un cadáver.

La mayoría de los autores europeos y norteamericanos que han realizado estudios longitudinales recientes sobre la eficacia de los trasplantes renales coinciden en señalar que las tasa de supervivencia del enfermo al año de la intervención son del 90% al 95%; al primer año y cercana al 80% a los cinco años (Evans y cols., 1993; Comité de Registro de la Sociedad Española de Nefrología, 1992; Caverio y cols., 1992; González Molina, 1990; American Council on Transplantation, 1988). En cuanto a la supervivencia del injerto, la tasa de supervivencia al año de la intervención, se calcula en aproximadamente el 85% (Evans y cols., 1993; Comité de Registro de la Sociedad Española de Nefrología, 1993; González Molina, 1990).

Finalmente, Evans y cols. (1993) comparan las tasas de eficacia del trasplante renal del primer injerto, con las del retrasplante renal en pacientes que han necesitado más de un injerto debido a que han rechazado uno o más riñones. Como puede apreciarse, en la tabla nº 3, las tasas de

supervivencia del paciente al año de haberse producido la intervención son muy parecidas; sin embargo, la diferencia entre las tasas de supervivencia del injerto entre trasplante y retrasplante son más apreciables.

Comparación entre el trasplante y el retrasplante renal

	Paciente	Injerto
Trasplante	91,8%	79,5%
Retrasplante	91,5%	70,2%

Tabla nº 3 : Porcentaje de supervivencia del paciente y del injerto, respectivamente, a un año de la intervención

El trasplante renal sería, a la luz de estos datos, una intervención segura y máximamente eficaz que proporcionaría una importante y bien fundada esperanza de recuperación de enfermos renales en situación crítica.

La procedencia del órgano trasplantado influye de forma muy significativa en la supervivencia del injerto. Desde las primeras investigaciones sobre trasplante de órganos en animales se pudo comprobar que cuanto mayor cercanía biológica hubiera entre donantes y receptores más posibilidades habría de que el injerto funcionase correctamente y más tiempo permanecería cumpliendo adecuadamente sus funciones. Este hecho ha sido ampliamente corroborado en diversas investigaciones.

Los resultados de este y otros estudios (Eigler y cols. 1992; Gjerison y cols. 1991; Mulder y cols. 1987; Standards Committee of the

American Society of Transplant Surgeons, 1981) pueden ser interpretados en el sentido de enfatizar la importancia del grado de histocompatibilidad entre donante y receptor en la selección de este último para trasplante.

Como corolario, los datos obtenidos en estos estudios apoyan indirecta pero sólidamente el trasplante entre personas vivas emparentadas genéticamente; en estos casos, el mayor grado de compatibilidad entre receptor y donante haría más viable el trasplante y, consecuentemente, aumentaría la probabilidad de supervivencia del injerto durante más tiempo.

Los datos sobre eficacia indican que el trasplante de donante vivo presenta a corto y largo plazo una supervivencia del injerto mayor que en el caso del trasplante procedente de cadáver, entre un 15% y un 20% más (Matesanz, 1993). La calidad de vida de un trasplante renal de donante vivo es, "en igualdad de función y situación de origen" igual a la obtenida mediante el trasplante renal procedente de cadáver.

Las razones éticas (relativas a la posible facilitación de recompensas encubiertas al donante) parecen ser las causas de que en nuestro país se hayan potenciado las donaciones de órganos procedentes de cadáveres en detrimento de las donaciones de personas vivas. En cuanto a los posibles riesgos que puede suponer para el donante vivo la pérdida de uno de sus riñones, Plaza (1993) indica que son muy escasos o casi nulos (el autor los calcula alrededor del 0,01%); sin embargo, según González-Molina (1990) "no hay que olvidar que a una persona sana se le somete a una serie de riesgos

y que sabemos que 20 donantes fallecieron en el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato"; precisamente, debido a estos riesgos, continúa el autor, "en una encuesta realizada en 148 centros de trasplante renal de Europa un 20% considera no aceptable el trasplante de donante vivo".

Según estos datos, no obstante, el trasplante de donante vivo se configura como una posible fuente de órganos, poco explotada en nuestro país, que permita paliar la cada vez más amplia lista de espera de pacientes renales que precisan un trasplante.

El trasplante hepático implica la intervención quirúrgica más compleja de cuantas se realizan en un sólo órgano, pero, esta complejidad técnica no ha sido óbice para un notable progreso en cuanto a tasas de supervivencia del trasplantado.

El American Council on Transplantation (1988) estimó que la tasa de supervivencia de los trasplantados hepáticos durante el primer año era del 70%; Sheill (1988) publicó un estudio longitudinal en el que se calculaba que a los cinco años de haber sido realizado el trasplante, la tasa de supervivencia del paciente es del 50%.

La mayoría de los autores en la actualidad señalan que las tasas de supervivencia del trasplante hepático en el primer año oscilan entre el 75% para los adultos y el 85% para los niños (Dousset y Houssin, 1992); Solomon y cols. (1993) elevan estas cifras al introducir una importante diferenciación, la existencia de rechazo o no durante la intervención o inmediatamente después;

el 85,2% sobrevivió al primer año de trasplante si no presentaron rechazo; y alrededor de un 84% cuando el rechazo fue tratado con diversos fármacos.

Por último, dos trabajos recientes muestran resultados sobre eficacia de los trasplantes hepáticos muy diferentes. D'Alessandro y cols. (1993) realizan un estudio con 362 trasplantados hepáticos; la tasa de supervivencia media de los trasplantados hepáticos al año de la intervención se estimó en un 86,6% frente a un tasa del 74,8% en el caso de los retrasplantados; a los cinco años, el 71,4% de los pacientes que habían sufrido un sólo trasplante habían conseguido sobrevivir frente a un 62,5% de los retrasplantados hepáticos que se encontraban en la misma situación. Para Evans y cols. (1993) la tasa de supervivencia del paciente durante el primer año se situaría según estos autores en el 68,7%; mientras que la tasa de supervivencia del injerto sería del 50,1%.

Las discrepancias de los resultados entre diversos autores son, como se ve, bastante significativas en el caso del trasplante hepático. Hay diversos factores que pueden explicar parcialmente estas discrepancias como el tamaño y características de la muestra estudiada (sobre todo, en cuanto al número de injertos hepáticos recibidos por los sujetos del estudio), la experiencia de los equipos de trasplante, el período temporal estudiado, etc. Estos datos sobre eficacia ponen de manifiesto la importancia del trasplante hepático que representa la única y postrera alternativa terapéutica para evitar la muerte de pacientes afectados por enfermedades terminales para las que la

ciencia médica no ha encontrado otras soluciones.

Hasta diciembre de 1991 se habían realizado en el mundo un total de 21.886 trasplantes cardíacos, 1212 trasplantes de pulmón y corazón y más de mil trasplantes de uno o dos pulmones (Kaye, 1992). La figura nº 4 muestra la evolución del número de trasplantes cardíacos anuales realizados en la última década.

TRASPLANTES INTRATORACICOS

Número de trasplantes intratorácicos por años en todo el mundo

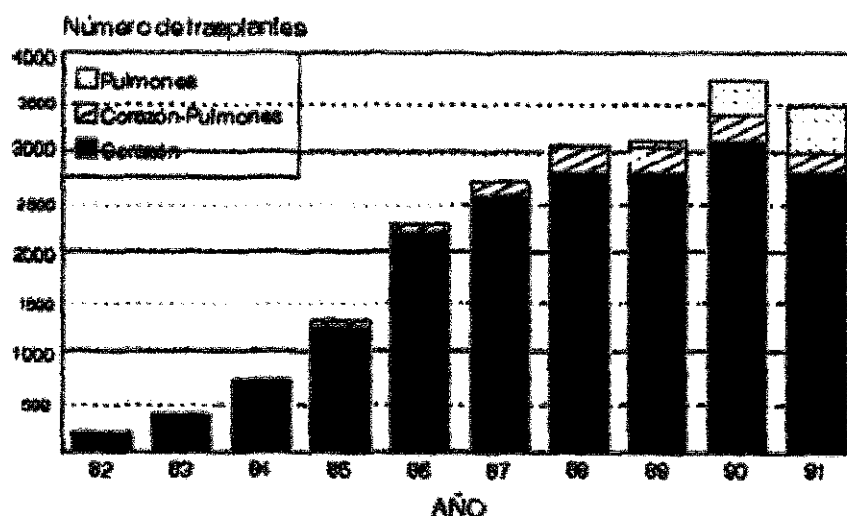


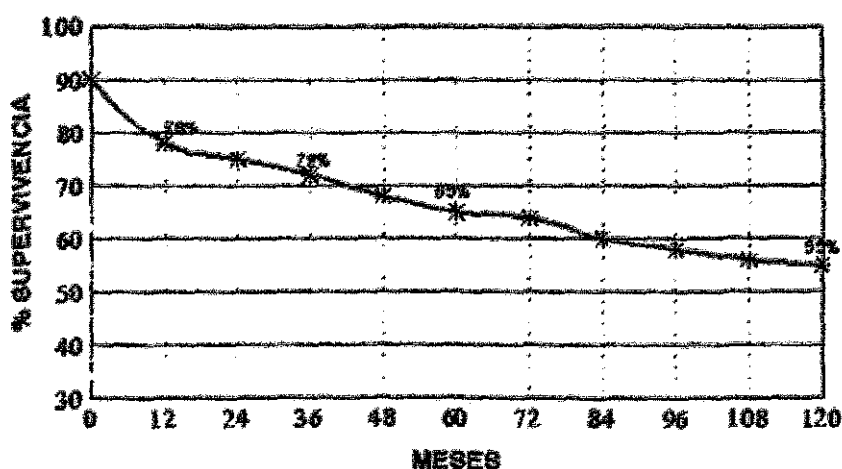
Figura nº 4: Evolución del número de trasplantes cardíacos realizados en todo el mundo en el periodo 1.982-91.

Como puede apreciarse el crecimiento espectacular que marca el período 1982-88 ha quedado frenado en años posteriores debido al reducido número de donantes; en los tres últimos años parece haberse alcanzado un techo alrededor de las 3000 operaciones anuales. Al mismo tiempo y a medida

que el conocimiento de esta técnica ha ido perfeccionándose se ha producido "una extensión en las indicaciones al relativizarse circunstancias que antes se consideraban excluyentes, por lo que la demanda de este procedimiento crece sin parar" (Alonso y cols., 1992).

Este gran incremento de la demanda no es ajeno al considerable aumento de la eficacia de este tipo de intervenciones, que se acercan paulatinamente a las tasas de supervivencia del trasplante renal (Ocnoteco y cols, 1987; Panvin, y cols, 1984; Copelan y cols, 1984). Según datos del 9º Informe Oficial del registro de la International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT, 1992) las tasas de supervivencia actuarial son del 78%, al final del primer año, y del 55% al final de los cinco años (figura nº 5).

TRASPLANTE CARDIACO SUPERVIVENCIA ACTUARIAL A LOS 10 AÑOS



es del 9º informe oficial de la International Society for Heart and Lung Transplantation para el estudio de trasplantes cardíacos en los últimos 18 años hasta enero de 1992.

Figura nº 5: Eficacia media del trasplante cardíaco.

Estos datos sobre el trasplante cardíaco son, en opinión de Alonso y cols. (1992), más favorables aún si "se analiza la experiencia de los últimos tres años y, sobre todo, si se introducen factores de corrección en cuanto a centros con mayor volumen de procedimientos y mayor experiencia acumulada".

Evans y cols. (1993) estiman que el 83,3% de los pacientes que recibieron un trasplante cardíaco sobrevivieron al año de la intervención. Keog y Kaan (1992), por su parte, informan de las tasas medias de supervivencia del paciente al año y a los cinco años en una muestra de 466 trasplantes cardíacos australianos; el 85% de los enfermos que habían recibido un nuevo corazón sobrevivían al año de la intervención y el 80% a los cinco años. Por su parte, Gallo y cols. (1992) encuentran en 847 intervenciones que incluyen trasplantes cardíacos, cardiopulmonares y retrasplantes una tasa de supervivencia del paciente a los cinco años del 77%.

En nuestro país se vienen efectuando trasplantes cardíacos desde mayo de 1984. Hasta enero de 1992 y según datos del Registro Nacional de Trasplantes de la Sociedad Española de Cardiología (Vázquez de Prada, 1991) se habían efectuado 694 intervenciones de trasplante de las cuales 16 han sido de corazón-pulmón en los 12 centros autorizados hasta la fecha. El porcentaje de crecimiento ha sido "en los últimos dos años del 137%, situándonos en cifras de seis trasplantes por millón de habitantes" (Alonso y cols, 1992).

En nuestro país las cifras son algo inferiores a las manejadas a nivel global, ya que, oscilan entre una supervivencia actuarial cercana al 70% al año del trasplante cardíaco y del 57% a los cinco años.

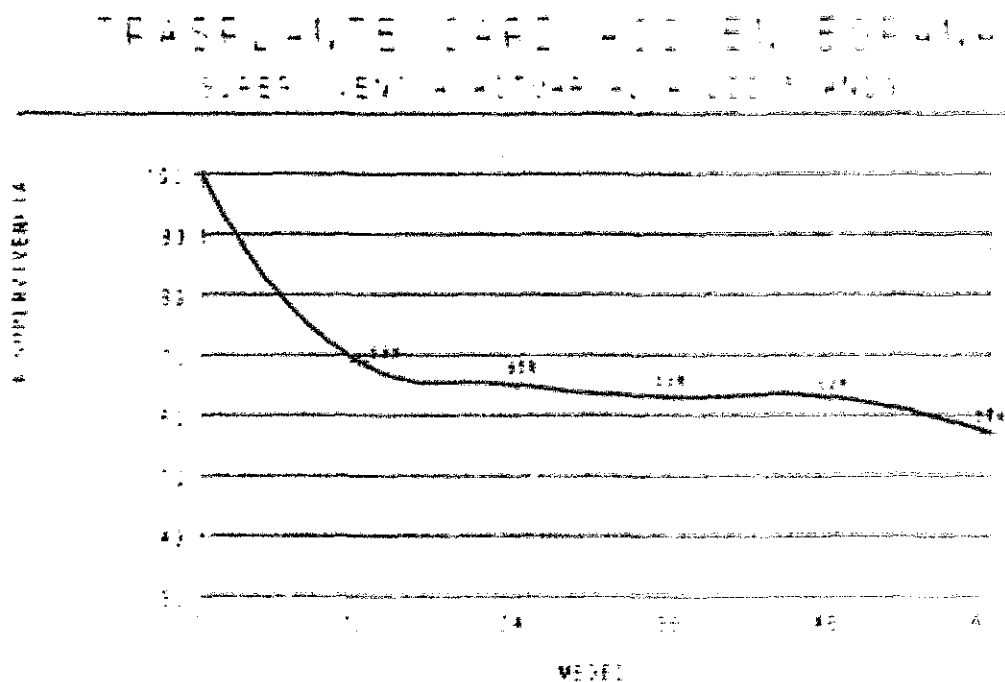


Figura nº: 6: Eficacia del trasplante cardíaco en España.

Karwnade y cols. (1992) evaluaron la eficacia del retrasplante cardíaco y cardiopulmonar; para ello, se analizaron datos del registro de la Sociedad Internacional para el trasplante de Corazón y Pulmón (ISHLT, 449 casos) y el Programa de Trasplantes de Utah (n=20). La conclusión del estudio fue que la supervivencia de los pacientes retrasplantados fue menor que la de los pacientes que recibieron un sólo trasplante en ambos registros (48% de

supervivencia al año frente a 88% en la ISHLT y 74% frente a 88% en el de Utah).

A la luz de estos datos se puede concluir que el trasplante cardíaco es hoy en día una técnica terapéutica muy eficaz en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca terminal. Los resultados en este momento son francamente buenos, no sólo en cuanto a supervivencia sino también en cuanto a calidad de vida, como veremos en el apartado correspondiente.

El trasplante de páncreas surgió como una extensión relativamente reciente de la técnica del trasplante a nuevos órganos; a pesar de ello y hasta el mes de octubre de 1991 se habían realizado más de 3600 de estas intervenciones (Sutherland y cols., 1991). En la actualidad, el trasplante de páncreas es, entre los de órganos sólidos, el que "ha experimentado, en los últimos años, una mejoría más espectacular en lo que a supervivencia de los injertos y de los pacientes se refiere" (Sutherland y cols., 1992). La figura nº 7 presenta los resultados de un estudio sobre eficacia del trasplante pancreático realizado a partir de los datos de la International Pancreas Transplant Registry hasta Diciembre de 1991.

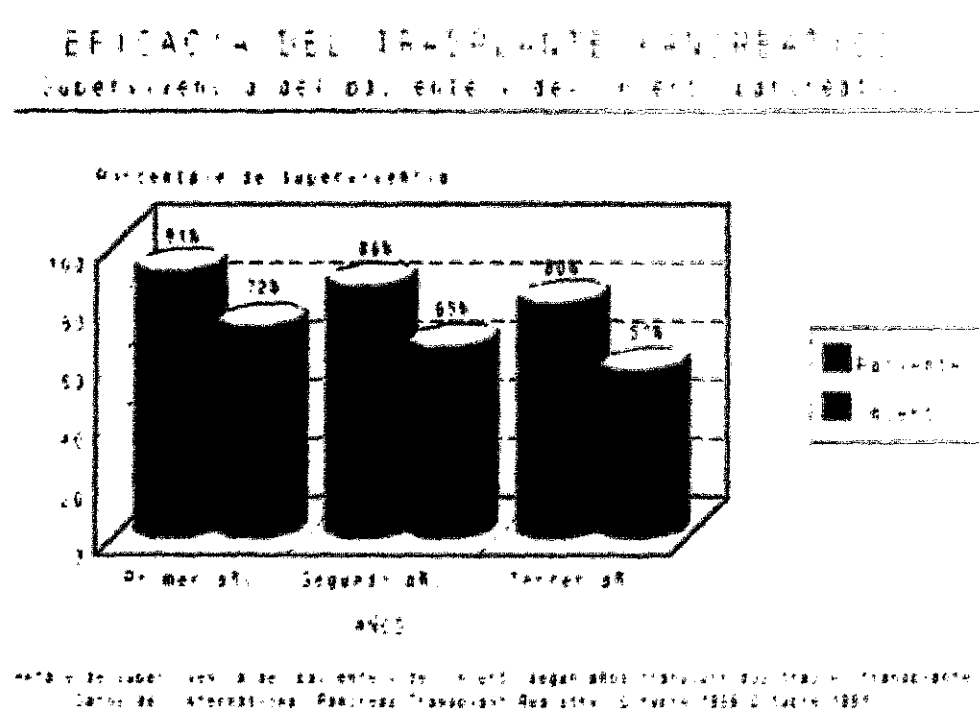


Figura nº 7: Eficacia del trasplante pancreático

Estos datos indican que la eficacia del trasplante pancreático es considerablemente alta; transcurridos tres años desde la intervención el 80% de los pacientes han conseguido sobrevivir; además el 57% de los injertos permanece funcionando tres años más tarde del trasplante.

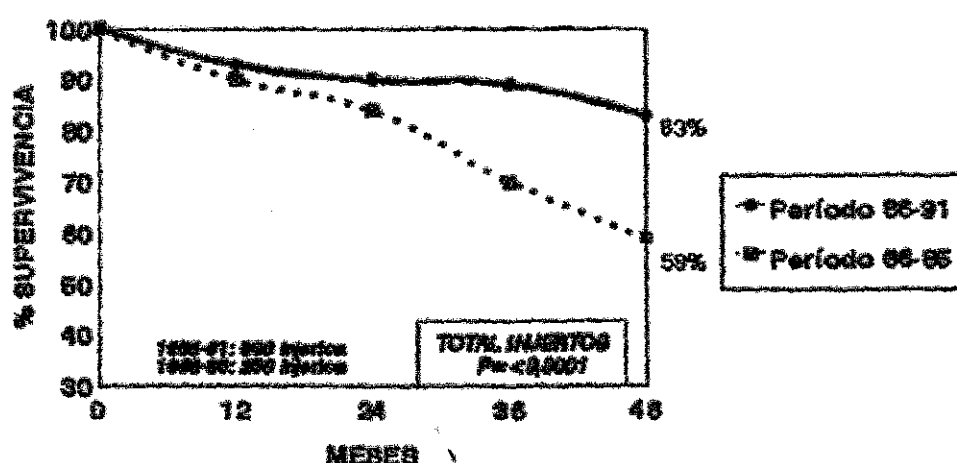
Sutherland y cols. (1993) estudiaron la eficacia de más de 1600 trasplantes pancreáticos realizados en todo el mundo entre Octubre de 1987 y Julio de 1992 y registrados en la United Network for Organ Sharing; los datos obtenidos confirman los resultados de estudios anteriores. La tasa media de supervivencia de 1597 injertos pancreáticos realizados en todo el mundo en el

período estudiado es del 71% al año de la intervención y se acerca al 60% a los tres años; la tasa media de supervivencia de 1602 pacientes que sufrieron un trasplante pancreático entre Octubre de 1987 y Julio de 1992 es del 91% al año y de más del 80% a los tres años;

En la figura número 8 se puede apreciar la evolución de las tasas de supervivencia del injerto y la de del paciente pancreático a uno, dos, tres y cuatro años de la intervención, en dos períodos diferentes, entre 1.966 y 1.985 y desde 1.986 hasta 1.991 (Fernández Cruz y cols. 1992); como puede verse las diferencias encontradas son significativas al 0,0001%; estos datos ponen de relieve los grandes progresos que se han realizado en la aplicación de esta técnica quirúrgica.

TRASPLANTE DE PANCREAS

SUPERVIVENCIA DEL INJERTO PANCREATICO



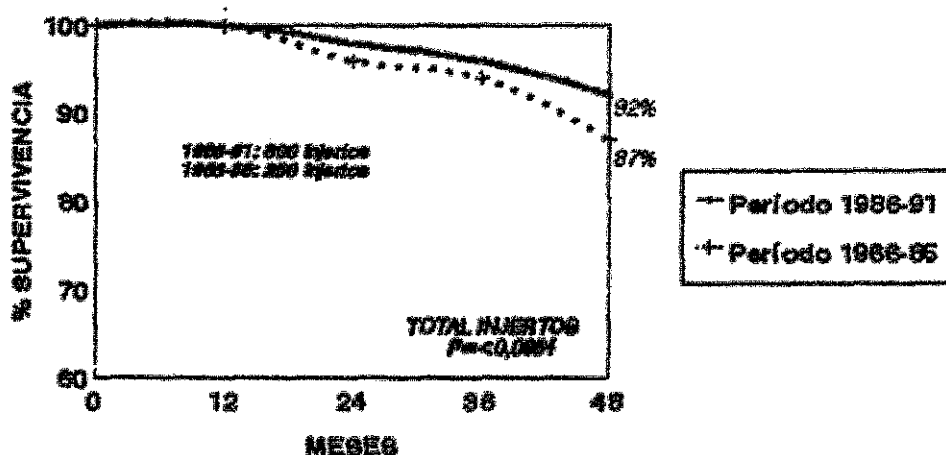
Datos del Registro Mundial de la Universidad de Minnesota
(en Fernández-Cruz y cols., 1992)

Figura nº 8: Supervivencia del injerto pancreático en dos períodos

Por otra parte, la figura nº 9 muestra la evolución de las tasas de supervivencia a uno, dos, tres y cuatro años de los pacientes pancreáticos en los mismos períodos temporales del gráfico anterior.

TRASPLANTE DE PANCREAS

SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE A LOS 4 AÑOS



**Figura nº 9: Datos del Registro Mundial de la Universidad de Minneapolis
(En Fernández-Cruz y cols., 1992)**

La diferencia de las tasas medias de supervivencia entre ambos períodos presentan niveles de significación mucho menores que en relación a tasas de supervivencia del injerto; posiblemente, esta menor mejora en las tasas de supervivencia del paciente, se deba en buena parte a un "efecto techo", ya que se partía en el período 1966-85 de una alta tasa de supervivencia (87%).

En lo que se refiere al trasplante de pulmón los datos de supervivencia del injerto son también muy favorables, teniendo en cuenta que el primer trasplante simple de pulmón con éxito se realizó en Canadá en 1983 y que el primer trasplante de dos pulmones en la misma intervención, fue realizado con éxito en 1986 por el mismo equipo.

El 9º informe anual de la International Society for Heart and Lung Transplantation informó (Alonso y cols., 1992) que hasta enero de 1992 se habían registrado en todo el Mundo, 716 trasplantes de un solo pulmón y casi 300 trasplantes pulmonares dobles; además, se habían realizado más de 1.200 trasplantes cardiopulmonares. Zannini y cols. (1990) la tasa de supervivencia actuarial de 250 pacientes que habían sido objeto de trasplante pulmonar (único o doble) era del 65%. Por su parte, Keog y Kaan (1992) informan de una tasa de supervivencia en el primer año del 72%.

Acorde pues, con este panorama, los niveles de éxito alcanzados en el tratamiento de las patologías susceptibles de admitir una terapéutica de trasplante, han situado al trasplante de órganos muy por encima de otras intervenciones más convencionales, paliativas o de mantenimiento. La potenciación de estos recursos se configura como un objetivo social que requiere la concienciación y educación de la sociedad para la salvación de vidas humanas mediante la cesión desinteresada de los órganos de los fallecidos.

CALIDAD DE VIDA.

Expuesta la eficacia de los trasplantes en la actualidad, un cada vez más amplio número de autores ha dirigido su interés a la evaluación de la calidad de vida del trasplantado de órganos. Porque lo que importa no es tanto vivir, como vivir con dignidad y en condiciones positivas. En otras ocasiones, los investigadores compararon la calidad de vida que disfrutaban los enfermos trasplantados con la que tenían con anterioridad a la intervención, sometidos normalmente a un fuertes tratamientos paliativos que les impedían desarrollar una vida normal.

Los estudios sobre calidad de vida, algunos de los cuales serán revisados más adelante, referidos a diferentes tipos de trasplante, operativizan este concepto de muy diversas formas: satisfacción vital, rehabilitación social y laboral, efecto del trasplante en problemas psicológicos previos, etc. Esta situación puede hacerse extensiva a gran parte de las investigaciones sobre calidad de vida, desde muy diversas perspectivas. En palabras de Amerigo (1993): "Independientemente de las cuestiones metodológicas, la mayoría de los trabajos, tanto a nivel social, como político o psicológico, se caracterizan por una ausencia de definiciones conceptuales con respecto a los términos que tratan. Calidad de vida, bienestar, felicidad o satisfacción son a menudo utilizados en un mismo sentido, lo que dificulta en gran medida una aproximación teórica al estudio de la calidad de vida."

Se hace, pues, precisa, aunque solo sea una breve clarificación y delimitación del concepto de calidad de vida que facilite la interpretación a las investigaciones que han estudiado los trasplantes de órganos desde esta perspectiva.

Las definiciones de calidad de vida desde una perspectiva psicológica no abundan en demasía. Jiménez Burillo y cols. (1984) entienden que la Psicología comenzó a ocuparse de este término como consecuencia de su uso habitual por los políticos. En la mayor parte de los casos, los estudios sobre calidad de vida se han dirigido a analizar el bienestar individual y grupal. Los estudios psicológicos sobre calidad de vida, aluden por lo general al bienestar, medido éste a través de juicios de satisfacción vital y felicidad personal.

En este campo, se encuentra pendiente la solución de una polémica clásica, entre la medición objetiva y la subjetiva, controversia a la que no es ajena la Psicología. La calidad de vida en su original acepción socio-política fue principalmente abordada por indicadores sociales objetivos y grupales (nivel de ruido, grado de desempleo, etc.), de carácter eminentemente económico y cuantitativo. Sin embargo, pronto se vio la necesidad de incorporar la valoración subjetiva que los individuos realizaban sobre sus condiciones laborales, de salud, vivienda, etc. La consecuencia metodológica más destacada fue la polarización entre los partidarios de procedimientos objetivos

de medición (de carácter cuantitativo y económico) y los defensores de desarrollar técnicas subjetivas que permitieran medir la satisfacción de los individuos con el desarrollo de su vida.

Los indicadores objetivos serían, a juicio de los defensores de enfatizar el factor subjetivo del constructo "calidad de vida", irrelevantes. Otros autores, más moderadamente, señalaron las limitaciones de los métodos objetivos, sobre todo, la falta de coincidencia entre la parte de realidad social que se trata de evaluar con indicadores objetivos y la percepción que de esa realidad tenían los individuos. Levi y Andersson (1980) ponen de manifiesto esta inadecuación entre "realidad objetiva" e "interpretación subjetiva": en muchas ocasiones un aumento de bienes materiales o de nivel económico no va seguido de un incremento de la satisfacción vital; los autores opinan que esta aparente paradoja puede ser explicada porque al aumentar el nivel material conllevaría también un aumento de las esperanzas y esta situación propiciaría que la satisfacción no se incrementase. Consecuentemente con esta posición la calidad de vida (Walker y Rosser, 1988) incluiría "un amplio espectro de dimensiones de la experiencia humana que van desde aquellas asociadas a las necesidades vitales, tales como comida y cobijo, a aquellas asociadas con el desarrollo de un sentido de plenitud y felicidad personal". Esta concepción de la calidad de vida, padece de los mismos problemas y limitaciones que la medición de componentes subjetivos en Psicología; las actitudes, los valores, las creencias, etc., son esencialmente constructos, no observables

directamente, inferidos a partir normalmente de manifestaciones verbales y, como tales, su evaluación se halla expuesta a numerosos sesgos y dificultades de interpretación.

Desde la Psicología Social se ha procurado determinar el grado de bienestar percibido, a través de "los juicios de satisfacción y felicidad que el individuo experimenta con su vida o con determinadas facetas de la misma" (Amerigo, 1993). Diversas investigaciones se han realizado con el objetivo de desentrañar los componentes estructurales del concepto "calidad de vida"; los resultados han apuntado a la existencia de dos componentes básicos, el afectivo y el cognitivo, pero la polémica se ha centrado en la relación existente entre ellos:

- Para algunos autores (Andrews y McKennel, 1989; Campbell, Converse y Rodgers, 1976) la "calidad de vida" tendría un componente cognitivo (la satisfacción) y otro afectivo (la felicidad). Así por ejemplo, en general, los jóvenes suelen mostrarse más felices que los ancianos pero, a menudo, también se manifiestan estar más insatisfechos que aquellos.

- Otros autores entienden que ambos componentes son inseparables. Azjen (1988), considerando el estudio de la calidad de vida desde planteamientos actitudinales, entiende que múltiples estudios han señalado la imposibilidad de diferenciar la cognición del afecto.

- Otro grupo de autores, encabezado por Argyle (1987), identifica igualmente ambos conceptos (satisfacción y felicidad) como pertenecientes a

un mismo factor, pero caracteriz6ndolo como cognitivo. Finalmente, otros autores centran su inter6s en la satisfacci6n como proceso afectivo (Weidmann y Anderson, 1985; refiri6ndose a satisfacci6n con el ambiente residencial) o consideran el estado de humor como la variable m6s importante para explicar la satisfacci6n (Schwarz y Clore, 1983).

M6s all6 de esta pol6mica, la mayor6a de las teor6as sobre la satisfacci6n, el concepto de m6s amplio uso entre los psic6logos que estudian "calidad de vida", "proviene de procesos evaluativo-cognitivos tales como la adaptaci6n, o la comparaci6n social e interpersonales y conductuales como la ejecuci6n de ciertos logros" (Amerigo, 1993).

La satisfacci6n es el elemento m6s usado y, para muchos, el m6s adecuado en los estudios sobre calidad de vida desde el punto de vista psicol6gico. Son los planteamientos metodol6gicos derivados de los an6lisis de componentes de la "calidad de vida" los que separan de forma m6s destacada a los investigadores; para algunos, (Amerigo, 1993): "La satisfacci6n es, en definitiva, un sentimiento positivo, y por tanto, un afecto. [...] De esta forma, el estudio de la satisfacci6n como indicador de calidad de vida, deber6a abordarse desde una perspectiva actitudinal, considerando, por tanto, mecanismos cognitivos, afectivos y conductuales en el proceso por el cual un individuo manifiesta estar satisfecho o no en un aspecto concreto, o con su propia vida en general."

Sin embargo, otros autores, como Eysenck (1990) encuentran que la diferenciación de componentes cognitivos y afectivos en la satisfacción tiene importantes apoyos experimentales y propone otra clasificación. La satisfacción sería el componente cognitivo de la felicidad (well-being) que sería el constructo decisivo a la hora de hablar de calidad de vida; además la felicidad tendría otro componente, el nivel hedónico, que sería evaluado centrándose en la medida en que las emociones agradables pesan más que las negativas (Eysenck, 1993).

Los trabajos sobre calidad de vida de los trasplantes de órganos han abordado el problema, sobre todo desde las ventajas que aporta al receptor en cuanto a normalización de la vida, autonomía, reintegración laboral y social, nivel de satisfacción tras la intervención, etc. La preferencia de los autores por los factores físicos y psíquicos sobre las variables sociales se basa, sobre todo, en que la mayoría de los trabajos publicados sobre calidad de vida en trasplantados renales y en enfermos con insuficiencia renal crónica están realizados por profesionales médicos. Sin embargo, en algunos casos, como seguidamente veremos, se han diversificado las variables de interés de carácter social ("situación laboral", "satisfacción", "bienestar", etc.).

El trasplante renal es el tipo de trasplante orgánico que mayor desarrollo ha tenido en España y en el Mundo. Por ello, dedicaremos una atención especial a estudiar la calidad de vida que ofrece esta intervención e

incluiremos el resto de trasplantes, estudiados desde esta perspectiva, bajo el epígrafe común de "La calidad de vida en otros tipos de trasplantes".

La literatura especializada se ha extendido abundantemente en señalar las desventajas que sufre el paciente dializado y en dejar patente que son significativamente atenuadas cuando no solventadas al recibir un órgano funcionalmente válido.

Lock (1988) revisó los estudios sobre calidad de vida en enfermos y trasplantados renales realizados hasta la publicación de su estudio y extrajo las siguientes conclusiones:

"La falta de una definición clara del concepto de calidad de vida y de una metodología adecuada fomenta la variabilidad de conclusiones. Aun así, hay cierto consenso en utilizar indicadores de la actividad física, laboral, sexual, emocional y social, una combinación de indicadores objetivos, subjetivos y variables médicas [...] y sociodemográficas. Parece que el uso de indicadores subjetivos da un resultado en general más positivo que el de indicadores objetivos. El superior valor del trasplante frente a la diálisis está aceptado en la mayoría de estudios".

No obstante, según la autora estos resultados se obtienen utilizando diferentes definiciones de la calidad de vida y diferentes metodologías para medirla con las que se obtienen, en muchas ocasiones, resultados poco comparables.

El estudio de la literatura reciente sobre calidad de vida en trasplantados de órganos y enfermos hemodializados presenta una características muy semejantes a las apuntadas por Lock (1988); Sin embargo, se percibe entre los investigadores de estos temas una creciente preocupación por llevar a cabo evaluaciones que incluyan indicadores objetivos y subjetivos; el peso específico de los componentes psicológicos ha ido acentuándose en estas evaluaciones con el paso del tiempo llegando a ser en muchos estudios el factor fundamental.

Un primer grupo de estudios sobre calidad de vida abordan su medición comparando la situación psicofisiológica de un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica (y, por lo tanto, dializado) con el estado de otro grupo de trasplantados renales o describiendo la calidad de vida de ambos grupos. Los enfermos cuya función renal ha de ser ayudada cuando no sustituida por una máquina de hemodiálisis dos o tres veces a la semana, durante varias horas al día, tienen seriamente limitada su autonomía personal, muchos trabajos les están vedados y sus expectativas de un cambio que permita mejorar sus salud son nulas (la hemodiálisis es una alternativa terapéutica paliativa). García y cols. (1992) describen de esta forma la situación de los pacientes afectados por insuficiencia renal: "El deterioro progresivo de un paciente renal a paciente dialítico comporta nuevas restricciones en la vida del enfermo y requiere, en la mayoría de los casos, un apoyo psicológico y, en algunos casos, social. [...] El tratamiento de la insuficiencia renal en su fase

terminal es muy estresante tanto para los pacientes como para los familiares y el equipo médico que los atiende. La disminución de la capacidad laboral, la dificultad para la realización de actividades físicas, la adaptación conyugal y la frecuente disfunción sexual son algunos de los problemas que se añaden al manejo de la enfermedad, afectando negativamente su curso y supervivencia". Esta situación de dependencia y desesperanza influye de forma importante en la aparición de otros problemas de orden psicológico que repercuten en el enfermo agravando su estado psicofisiológico.

- García y cols. (1990) revisan y actualizan los estudios que han investigado los problemas psicológicos de los enfermos renales y su influencia en el curso de la enfermedad; muy sucintamente señalamos algunos de los características psicológicas que describen al enfermo renal y que señalan en su trabajo los autores:

Rasgos de personalidad: alto neuroticismo (vulneración al estrés, escasa capacidad de adaptación, etc.); sentimientos de inferioridad; egocentrismo, introversión social; pasividad y dependencia. *Ansiedad flotante y episodios ansiógenos agudos y especial incidencia de la depresión y descenso del deseo, potencia, actividad y satisfacción sexual* en un porcentaje que, según diversos autores, oscila entre el 33% y el 50%.

Estos desarreglos psicológicos tienen dos efectos negativos en los enfermos disminuyen la calidad de vida y la propia supervivencia del enfermo, a través de la "discontinuación del tratamiento" (González y cols., 1992; Hirsch, 1989; Roberts y Kjellstran, 1988a; Roberts y Kjellstan, 1988b).

Los autores concluyen que estas complicaciones de orden psicológico, disminuyen la calidad de vida y limitan la supervivencia y la rehabilitación. Por estas razones "un adecuado conocimiento y un correcto abordaje de estos enfermos exige una estrecha colaboración interdisciplinar".

Los estudios sobre trastornos psicológicos en pacientes hemodializados son consistentes a la hora de señalar una fuerte incidencia de estados depresivos y de otras afecciones psicológicas en esta clase de enfermos y su menor aparición en trasplantados renales. González y cols. (1990) miden los niveles de depresión-ansiedad mediante la "Escala de Valoración Psiquiátrica" de Hamilton en cuatro grupos de sujetos: *grupo de control*. 260 sujetos sin patología renal y elegidos al azar; *grupo de trasplantados*. 100 sujetos con injerto renal funcionante; *grupo de agudos*. 100 sujetos ingresados en el servicio de agudos de por primera vez; y *grupo de Crónicos*. 110 pacientes de Insuficiencia Renal Crónica en programa de diálisis ambulatoria.

Los resultados globales encontrados se hallan recogidos en el siguiente gráfico:

TRASPLANTE RENAL Y CALIDAD DE VIDA

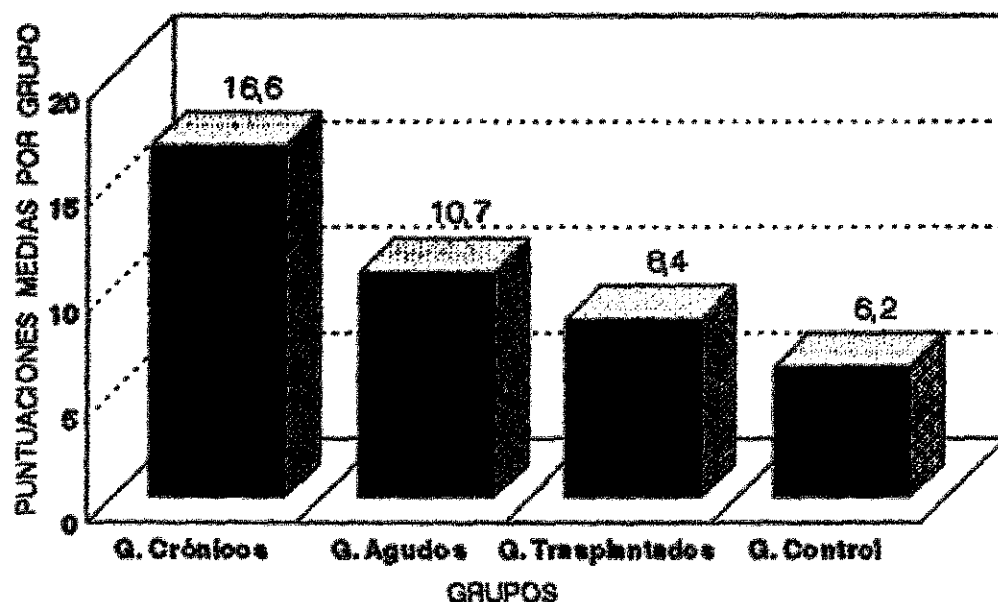


Figura nº 9: Puntuaciones medias de 4 grupos en Depresión/Ansiedad medidas a través de la escala de Valoración Psiquiátrica de Hamilton

En las subescalas de "Depresión" y "Ansiedad" los valores encontrados permiten afirmar, a juicio de los autores, que el grupo de trasplantados renales presenta una mejor situación psíquica que los grupos de agudos y de crónicos; incluso en algunos ítems los trasplantados igualan (agitación, insomnio medio, insomnio tardío) o superan (humor deprimido, tristeza, depresión) los resultados del grupo formado por sujetos sin patología renal.

Otros datos de interés fueron obtenidos por los autores a través de entrevistas a los trasplantados renales. En ellas, la mayoría manifestó tener "grandes deseos de trabajar" y que consideraban su trasplante como el hecho

más importante y poeltivo que le había sucedido.

La tendencia al suicidio es significativamente mayor entre los enfermos dializados que entre los trasplantados (Stewart, 1983; Kempf, 1977). Las razones de esta tendencia son de diversa índole. Por una parte, los pacientes en diálisis tienen más fácil el camino al suicidio al disponer de una fístula susceptible de ser perforada fácilmente y de comida rica en potasio que puede ser ingerida. Además, son enfermos que perciben poco control sobre su propio destino, con expectativas liberadoras (trasplante) muy ambiguas y mediatas; lo que supone ejemplificar el fenómeno conocido como indefensión aprendida (Seligman, 1.981) y postulado como base de la depresión.

Los trastornos sexuales asociados a otros problemas psicológicos en enfermos renales, están ampliamente recogidos en la literatura científica. Se ha podido observar una mayor incidencia de la impotencia sexual, en los enfermos dializados, en comparación con la población en general. Miñarro y Rodríguez (1985) describen la problemática en las relaciones sexuales que presentan enfermos con insuficiencia renal crónica, especialmente en las mujeres; esta enfermedad impide la maternidad (que se halla contraindicada) y suele conllevar anorgasmia, ansiedad ante las relaciones sexuales que puede degenerar en fobias asociadas a ellas; la mayoría de estos problemas tienden a desaparecer una vez que han recibido con éxito un nuevo riñón. Procci y cols. (1.983) demostraron que los factores orgánicos juegan un papel de gran importancia en estos trastornos usando la medida de la tumescencia nocturna

(NTP). Por supuesto otro tipo de problemas añadidos como la depresión (que suele cursar con pérdida del interés sexual) o ansiedad, colaboran en el resultado final.

Miñarro y cols. (1985), en un estudio con pacientes hemodializados y con trasplantados renales, demostraron que los primeros puntuaban significativamente más alto en escalas de ansiedad tanto de estado como de rasgo. Según Levy (1.983), estos enfermos sufren de problemas psicológicos de los que el DSM-III (1.980) categoriza como desórdenes de ansiedad que suelen suceder durante las sesiones de diálisis, siendo su manifestación más común, el insomnio.

El patrón de resultados de estos y otros estudios consiste en la menor incidencia de ansiedad y depresión y otros trastornos psíquicos en los pacientes trasplantados que en los sujetos dializados. Son investigaciones que desde un punto de vista estrictamente metodológico se caracterizan por ser estudios transversales (miden la variables implicadas en el estudio al mismo tiempo en grupos de pacientes renales y trasplantados) que utilizan criterios clínicos (medidas de la ansiedad y depresión y de trastornos en las relaciones sexuales) para operativizar el constructo "calidad de vida"; suelen emplear como instrumento de medición cuestionarios, test o escalas validadas. El principal problema de estos trabajos en relación con la medición, de la "calidad de vida" reside en que suelen presentar una deficiente validez de constructo; el énfasis colocado en los diferentes indicadores clínicos no va acompañado del

estudio de variables subjetivas más directamente relacionadas con el constructo de "calidad de vida" como "satisfacción" o "bienestar". Aunque indudablemente los trastornos psíquicos disminuyen la calidad de vida, este concepto no puede ser operativizado únicamente en términos de psicopatología diferencial; la "calidad de vida" incluye fundamentalmente, como ya hemos visto, variables afectivas y cognitivas que reflejan la percepción del individuo de su situación personal en términos globales.

Otro grupo de trabajos sobre calidad de vida en trasplantados renales han utilizado variables subjetivas e indicadores objetivos y sus conclusiones recogen las relaciones encontradas entre ambos tipos de variables. El constructo "calidad de vida" se halla en estos estudios mejor operativizado que en los trabajos clínicos y los datos que aportan son sumamente valiosos e ilustrativos para extraer conclusiones válidas sobre el aumento de calidad de vida en trasplantados renales.

Evans y cols. (1.985), refieren un estudio de Battelle sobre 715 pacientes en diálisis y 144 pacientes trasplantados, en el que se obtuvieron datos esclarecedores: sólo el 59% de las personas en diálisis en domicilio, 37% de los que se sometían a diálisis en centro y 25% de los pacientes en diálisis peritoneal, estaban trabajando, frente al 74% de los pacientes trasplantados. Además, los trasplantados renales puntuaban significativamente más alto en factores como "satisfacción vital", "bienestar" y "afecto psicológico". Los datos resultan harto significativos si tenemos en cuenta que la reinserción

laboral es considerada comúnmente como un signo de rehabilitación personal y de ajuste social y que los resultados obtenidos en las variables subjetivas consideradas en el estudio muestran igualmente una mejor adaptación social y una mayor satisfacción con la situación personal de los trasplantados renales.

Casal y cols. (1990) han realizado un amplio estudio, utilizando indicadores objetivos y medidas subjetivas, sobre calidad de vida en 100 trasplantados renales. Los resultados más importantes del estudio son los siguientes. *Rehabilitación física*; el 71% de los trasplantados renales realizaban una actividad normal sin dificultades; el restante 21% realizaban una actividad normal con algunas dificultades; el 78% practicaba algún deporte y el 87% caminaba habitualmente. *Valoración de la propia salud*; para el 20% de los sujetos estudiados su salud era "excelente"; un 50% opinaban que era "buena"; y el restante 30% indicaban que era "regular" o "mala"; estos últimos debían su mala salud a complicaciones en relación con el trasplante que habían sufrido. *Rehabilitación afectiva y social*; el 43% de los encuestados declararon que la enfermedad que había provocado la necesidad del trasplante renal había alterado su relación familiar; para el 57% no se había alterado dicha relación; esta situación había mejorado en el 65% de los casos tras el trasplante y seguía igual para el 35% de los trasplantados; para el 27% de los consultados su relación social había sido alterada con la enfermedad renal, mientras que el 73% no había notado alteración alguna; tras el trasplante su relación social había mejorado en el 24% de los casos y no se había alterado para el 76% de

los trasplantados renales. *Relaciones sexuales*; el 50% de los sujetos estudiados opinan que sus relaciones sexuales han mejorado respecto al período, previo al trasplante, de diálisis; para el 39%, siguen igual y un 11% cree que han empeorado.

Los autores concluyen que "la calidad de vida mejora con el trasplante renal. Los dos tercios de los pacientes evaluados expresaron parámetros objetivos de llevar un estilo de vida escasamente limitado tras el trasplante".

Las diversas investigaciones realizadas con el objeto de averiguar la influencia que ejerce el trasplante renal en los enfermos renales dializados permiten concluir que el trasplante renal proporciona no sólo la esperanza de sobrevivir sino un aumento muy significativo en calidad de vida que favorece, en gran medida, el disfrute de una vida normal. El destacado efecto de los trasplantes renales funcionantes en la vida de los enfermos con insuficiencia renal se produce en varios aspectos importantes de su vida; como señalan González y cols. (1990):

"El paciente trasplantado entra en otra dinámica distinta; puede realizar prácticamente cualquier tipo de trabajo, incluso los manuales, aunque lógicamente evitará los excesivamente duros, o los que supongan riesgos de traumatismos. La actividad sexual del trasplantado renal, que durante el tiempo de diálisis estaba deprimida por motivos orgánicos y psicológicos se recupera positivamente. Las mujeres en edad

de procrear recuperan habitualmente la fertilidad".

La conclusión más importante y frecuentemente asumida por los investigadores sobre la calidad de vida que proporciona este tipo de trasplante es expuesta claramente en los trabajos de síntesis realizados por Rengel y Valderrabano (1993) y Plaza (1986); a pesar del tiempo transcurrido entre ambas publicaciones se puede advertir la similitud en las conclusiones. Plaza (1986) resume la importancia del trasplante renal, en cuanto a la calidad de vida que proporciona, diciendo que: "el trasplante (renal) es la medida terapéutica más ambiciosa, ya que en los casos en los que se realiza con éxito, supone el restablecimiento del enfermo bajo el punto de vista médico y bajo el punto de vista social". Por su parte, Rengel y Valderrabano (1993) revisan el estado actual del trasplante renal, para concluir que "la calidad de vida lograda con el trasplante renal permite al paciente una gran autonomía, y a medida que avanza en la evolución del período post-tratamiento las necesidades de cuidados y atención médica son menores".

La calidad de vida obtenida con el trasplante cardíaco está, de igual manera, ampliamente contrastada. No obstante, en este tipo de trasplante, la ausencia de alternativa terapéutica, impide la realización de estudios comparativos. El trasplante cardíaco empieza a proporcionar calidad de vida al enfermo terminal desde el momento en que lo salva de una muerte inminente o muy próxima en el tiempo; sin embargo, no se quedan ahí sus

ventajas desde la perspectiva de la calidad de vida. Evans (1987) utiliza un criterio objetivo para valorar la calidad de vida de los trasplantados cardíacos. De los pacientes, dice, que reciben un trasplante de corazón, el 25% vuelven a tener ocupación laboral a tiempo completo, el 25% a tiempo parcial y un 50% quedan incapacitados. Los resultados del programa de trasplante cardíaco desarrollado en el Hospital Marqués de Valdecilla, de Santander, durante el período 1.984-87, a pesar del escaso período de seguimiento contemplado, son ilustrativos; los 4 supervivientes (de los 10 intervenidos) del trasplante cardíaco llevan una vida absolutamente normal (Ocnoteco y cols., 1.987). En la Clínica Puerta de Hierro, la experiencia es aún más positiva: ya que, de los 21 enfermos contabilizados hasta finales del 87, cinco murieron por rechazo, tres están en la fase postoperatoria inmediata al trasplante, uno en situación de rechazo crónico y los 12 restantes llevan una vida absolutamente normal (Figuera y cols, 1.987).

Una conclusión importante sobre la relación entre eficacia y calidad de vida de los trasplantados cardíacos, es la que ofrece Noya (1.987). En la experiencia del grupo de Stanford, -asegura- el 97% de los pacientes que han sobrevivido uno o más años, han alcanzado la clase I de incapacidad según la clasificación de la NYHA, habiendo partido de la clase IV. La mayoría han podido reincorporarse a su trabajo. Resultados parecidos han sido comunicados por otros grupos de Estados Unidos y de Europa.

Bunzel y cols. (1991) realizaron un estudio retrospectivo con 35 pacientes que habían recibido un trasplante cardíaco. El propósito del estudio fue averiguar los cambios percibidos en la calidad de vida tras la intervención quirúrgica. La calidad de vida estuvo definida en nueve áreas: "física", "emocional", "estado mental", "situación profesional", "relaciones sexuales", "situación financiera", "actividades de tiempo libre", "relaciones sociales", y "calidad de vida global". Se obtuvieron los siguientes resultados:

1) Todos los pacientes informaron de una mejora en casi todas las dimensiones evaluadas (excepto "situación financiera").

2) Se encontró un aumento muy importante en calidad de vida global después de trasplante de corazón. El aumento de calidad de vida fue más intenso en el área "física"; también se produjeron incrementos en la satisfacción muy importantes en las condiciones psicosociales ("actividades de tiempo libre" y "relaciones sociales").

3) El tiempo transcurrido desde el trasplante (mayor o menor que dos años) no tuvo influencia en la evaluación de la calidad de vida tras la operación.

Los estudios sobre calidad de vida de pacientes sometidos a trasplantes hepático, pulmonar y pancreático son menos abundantes en la literatura especializada; la ausencia de alternativas terapéuticas a estos tipos de trasplante han favorecido el estudio de la eficacia de la intervención, más que la investigación sobre la calidad de vida que proporcionan a los pacientes

con patologías orgánicas irreversibles. No obstante, los estudios realizados hasta la fecha apuntan a un significativo aumento en la calidad de vida de los pacientes que recibieron estos tipos de trasplante. Milde (1992) comprobó el aumento de calidad de vida (medido a través de criterios médicos, psicológicos y sociales) de un grupo de trasplantados de páncreas a los seis meses de la intervención. Zamberlan (1992) realizó un estudio descriptivo con 25 niños que habían recibido un trasplante hepático; los niños y sus padres informaron de un significativo aumento de la calidad de vida en áreas como "ajuste psicosocial en la relaciones familiares y sociales", "funcionamiento físico", "satisfacción personal con la vida actual y con las expectativas de vida futura".

Podemos ver, pues, cómo los trasplantes de órganos, según la evidencia acumulada, promueven un aumento en la calidad de vida; la autonomía funcional, la satisfacción vital, las relaciones sociales y sexuales mejoran de forma apreciable tras el trasplante de órganos en la mayoría de los casos. Este incremento de la calidad de vida se halla plenamente contrastado en el trasplante renal y cardíaco, aunque se necesite profundizar en la investigación sobre los efectos en la calidad de vida de los pacientes de los restantes tipos de trasplantes de órganos (pulmones, páncreas e hígado).

1.4. Trasplante de órganos. Datos actuales y perspectivas de futuro.

El trasplante de órganos es una técnica quirúrgica cuya principal limitación se halla en la necesidad de obtener órganos en buenas condiciones de conservación (Evans, 1992). El crecimiento de los trasplantes de órganos se ha estancado en la mayoría de los países en los últimos años debido a la estabilización o, incluso, a la disminución de las donaciones orgánicas. Este última afirmación queda bien patente en la tabla nº 4, que recoge el número total de donaciones anuales y la tasa de donación anual por millón de habitantes, de las organizaciones de trasplante europeas y de los Estados Unidos, en los últimos cuatro años.

Tabla nº 4. Donaciones de órganos para trasplante en Europa y Estados Unidos (1989-92)

PAÍS U ORGANIZACIÓN	Año	Población abarcada (millones)	Número de donaciones	Número de donaciones por millón de habitantes
E.T.	1989	94	1.565	16,6
	1990	94	1.615	17,2
	1991	111	1.687	15,2
	1992	112,8	1.900	16,8
F.T.	1989	56	1.096	19,6
	1990	56	1.073	19,2
	1991	56,6	1.085	19,1
	1992	57,1	1.705	16,8
H.T.	1989	9,8	-	-
	1990	*	-	-
	1991	*	90	9,0
	1992	10	91	9,1
I.T.	1989	57,7	325	5,6
	1990	*	287	5,0
	1991	*	301	5,2
	1992	58	320	5,5

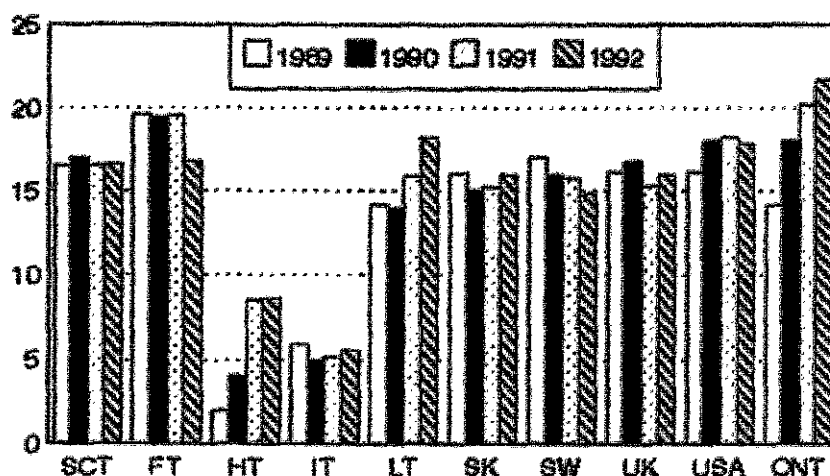
PAÍS U ORGANIZACIÓN	Año	Población abarcada (millones)	Número de donaciones	Número de donaciones por millón de habitantes
L.T.	1989	10	141	14,1
	1990	"	138	13,8
	1991	9,8	158	15,8
	1992	10	185	18,5
O.N.T	1989	38,5	539	14,0
	1990	"	681	17,7
	1991	38,4	778	20,2
	1992	38,4	832	21,7
S.K	1989	22,8	356	15,6
	1990	"	327	14,3
	1991	"	346	15,2
	1992	22,7	364	16,0
S.W	1989	6,8	114	16,8
	1990	"	109	16,0
	1991	"	108	15,6
	1992	6,84	101	14,8
U.K	1989	60,6	980	16,2
	1990	"	1.004	16,6
	1991	"	935	15,4
	1992	61,2	951	15,5
U.S.A.	1989	252,3	4.014	15,9
	1990	"	4.505	17,9
	1991	"	4.535	18,0
	1992	"	4.521	17,9

E.T.: Eurotransplant (Austria, Bélgica, Alemania, Luxemburgo y Holanda).;
 F.T.: France Transplant (Francia). H.T.: Hellas Transplant (Grecia). I.T.: Italia.
 L.T.: Lusotransplant (Portugal). O.N.T.: Organización Nacional de Trasplantes (España).
 S.K.: Skandiatransplant (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca); S.W.: Suiza.
 U.K.: Reino Unido e Irlanda. U.S.A. Estados Unidos.

La figura nº 10 muestra la evolución de la tasa de donación anual (donaciones por millón de habitantes y año) en los distintos países y organizaciones de trasplante occidentales.

TASA ANUAL DE DONANTES DE ORGANOS

Número de donantes por millón de personas



T: Eurotransplant FT: Francia GT: Grecia IT: Italia PT: Portugal SK: Países Escandinavos
W: Suiza UK: Reino Unido + Irlanda ONT: Organización Nacional de Trasplante (España)

Figura nº 10: Evolución de la tasa anual de donantes de órganos en Europa y Estados Unidos.

Según estos datos podemos dividir a estas organizaciones y países en tres grandes grupos, en función de la evolución que sus tasas de donación han sufrido en los últimos cuatro años.

Organizaciones de Trasplante con tasas de donación en aumento.

Este grupo sólo estaría integrado, en sentido estricto, por la Organización Nacional de Trasplantes de España que ha conseguido cada año incrementar la tasa de donación nacional, hasta llegar en el año 1992 a obtener la mayor tasa de donación del mundo (21,7). La organización de trasplante portuguesa ha tenido en el último año el mayor incremento en la tasa de donación que

unido, al también importante aumento obtenido en el año 1.991, justifica su inclusión en este reducido grupo de países que obtienen cada año más donaciones orgánicas. La organización Eurotransplant que acoge a cinco países centroeuropeos presenta importantes oscilaciones en el período considerado, aunque en 1992 ofrece un importante incremento.

Organizaciones de Trasplante con tasas de donación estancadas.

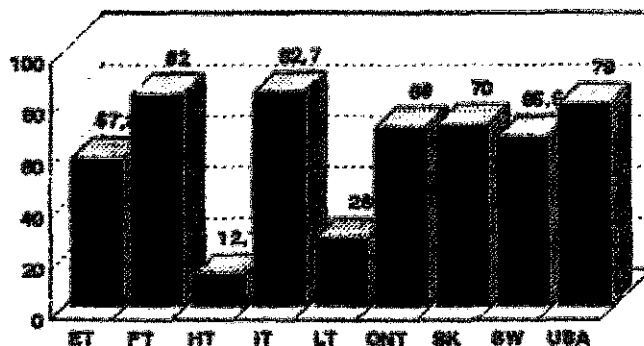
Este es el grupo mayoritario. Estas organizaciones han mantenido en los últimos cuatro años tasas de donación muy similares, con aumentos o disminuciones poco importantes. En estas condiciones se encuentran Estados Unidos, el Reino Unido e Irlanda (con tendencia a disminuir su tasa de donación), los Países Escandinavos, Italia y Grecia (con tendencia a aumentar ligeramente, aunque en el caso italiano y griego se parte de tasas de donación anual muy bajas).

Organizaciones de Trasplante con tasa de donación con tendencia a la baja. Las tasas de Suiza y Francia (esta última sufre el mayor descenso en el año 1992) muestran una tendencia a disminuir en el período considerado. La tendencia general en los países occidentales es de estancamiento o de ligero descenso en la donación de órganos para trasplante. Este hecho ha impedido que se haya producido en los últimos cuatro años el necesario incremento en el número de trasplantes de órganos y, consecuentemente, la apetecida reducción de las listas de espera.

El porcentaje de donantes multiorgánicos es otro de los elementos que mediatizan tanto el número de órganos obtenidos como la diversidad de tipos de trasplantes a los que pueden ser destinados. Las organizaciones que consiguen mayor número de donaciones multiorgánicas están capacitadas para realizar una mayor variedad de trasplantes orgánicos. En este sentido, la figura nº 11 muestra como Italia, Francia y Estados Unidos son los países donde el porcentaje de donantes multiorgánicos es mayor. España desde este punto de vista se situaría en una posición intermedia.

DONACIONES MULTIORGANICAS (1992)

Porcentaje de donantes multiorgánicos en Europa y Estados Unidos



ET: Eurotransplant (Alemania, Austria, Holanda, Bélgica y Luxemburgo); FT: Francia; HT: Grecia
 IT: Italia; LT: Irlanda; ONT: España; SK: Países Escandinavos; SW: Suiza
 USA: Estados Unidos de América

Figura nº 11: Porcentaje de donaciones multiorgánicas en Europa y USA.

La evolución del número de trasplantes, depende sobre todo, como hemos visto, de dos factores: del número de donantes y del número de órganos que done cada uno de ellos. El aumento de cualquiera de estos factores

repercute en un aumento del número de trasplantes. En lo que se refiere al trasplante renal, la tabla nº 5 presenta la evolución de los habidos (de "cadáver" y de "vivo emparentado") en los últimos cuatro años en los distintos países y organizaciones de trasplante de Europa y Estados Unidos.

Tabla nº 5: Trasplantes renales en Europa y Estados Unidos (1989-92).

PAÍS U ORGANIZACIÓN	Año	Población abarcada (millones)	Cadáver (Total y Tasa por millón de habitantes)		Vivo Emparentado (Total y Tasa por millón de habitantes)	
			Total	Tasa	Total	Tasa
E.T.	1989	94	3.048	32,4	124	1,3
	1990	94	3.171	33,7	103	1,0
	1991	111	3.241	29,2	123	1,3
	1992	112,2	3.101	27,5	140	1,24
F.T.	1989	56	1.098	34,0	55	1,0
	1990	56	1.897	33,9	52	0,9
	1991	56,6	1.972	34,8	37	0,6
	1992	57,1	1.705	29,8	44	0,77
M.T.	1989	9,8	35	3,6	58	5,9
	1990	*	88	9,0	59	6,0
	1991	*	104	10,4	70	7,0
	1992	10	92	9,2	68	6,8
I.T.	1989	57,7	604	10,5	-	-
	1990	*	539	9,2	-	-
	1991	*	581	10,4	80	1,4
	1992	58	591	10,2	106	1,82
L.T.	1989	10	260	26	0	0
	1990	*	256	25,6	1	0,1
	1991	9,8	310	31	0	0
	1992	10	367	36,7	-	-
O.N.T	1989	38,5	1.021	26,5	18	0,46
	1990	*	1.224	31,8	16	0,4
	1991	38,4	1.335	35,2	16	0,4
	1992	38,4	1.477	38,4	15	0,4

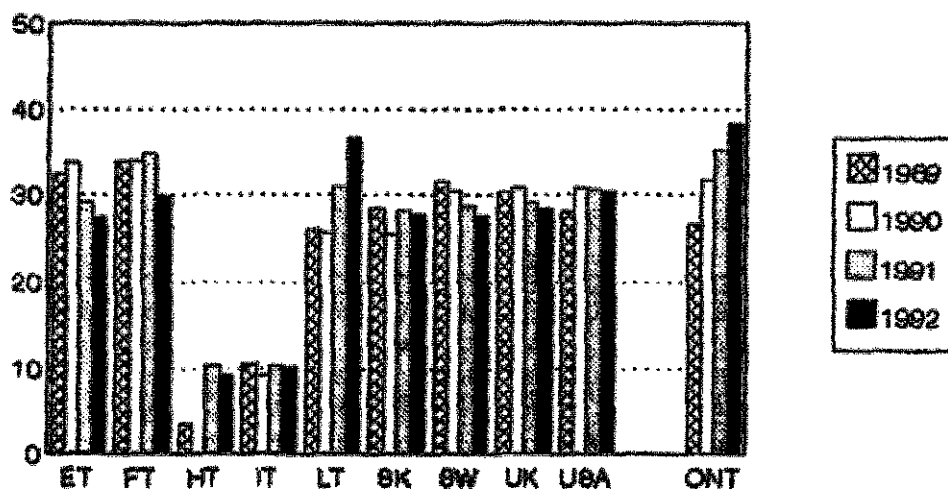
PAÍS U ORGANIZACIÓN	Año	Población abarcada (millones)	Cadáver (Total y Tasa por millón de habitantes)		Vivo Emparentado (Total y Tasa por millón de habitantes)	
			Total	Tasa	Total	Tasa
S.W	1989	6,8	215	31,6	15	2,2
	1990	"	207	30,4	12	1,8
	1991	"	196	28,8	13	1,9
	1992	"	190	27,7	25	3,6
U.K	1989	60,6	1.837	30,3	123	2
	1990	"	1.870	30,9	99	1,6
	1991	"	1.765	29,1	-	-
	1992	61,2	1.746	28,5	89	1,4
U.S.A.	1989	252,3	7.084	28,1	1.879	7,4
	1990	"	7.763	30,8	2.057	8,2
	1991	"	7.739	30,7	2.224	8,8
	1992	"	7.698	30,5	2.410	9,6

E.T.: Eurotransplant (Austria, Bélgica, Alemania, Luxemburgo y Holanda).
T.: France Transplant (Francia). **H.T.:** Hellas Transplant (Grecia). **I.T.:** Italia.
L.T.: Lusotransplant (Portugal). **O.N.T.:** Organización Nacional de Trasplantes (España).
S.K.: Skandiatransplant (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca). **S.W.:** Suiza.
U.K.: Reino Unido e Irlanda. **U.S.A.:** Estados Unidos.

La tendencia que se observa en la evolución de los trasplantes renales procedente de cadáveres corre en paralelo a la evolución de la tasas de donaciones de órganos de la tabla nº5. Sólo en España y Portugal han aumentado significativamente el número de trasplantes renales en el período considerado; en el resto, se han estabilizado o han descendido. En concreto, como muestra la figura nº12, España presenta en el último año del estudio la tasa de trasplante renal procente de cadáver más alta del mundo (38,4 trasplantes renales por millón de personas).

TRASPLANTE RENAL DE CADÁVER

Evolución anual del número de trasplantes por millón de personas



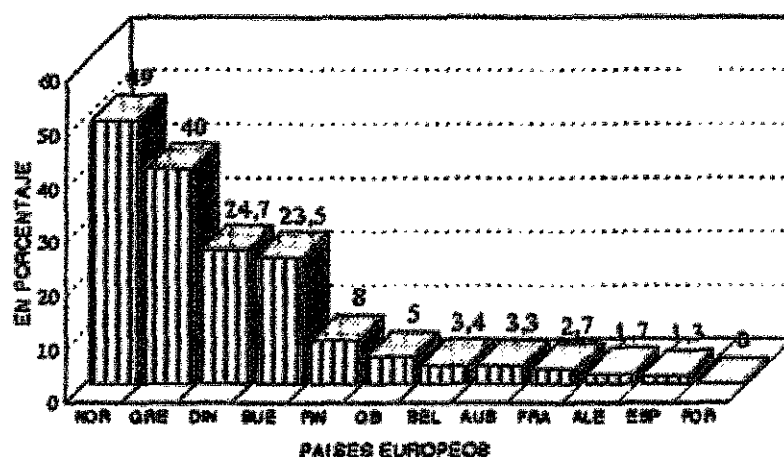
ET: Eurotransplanti, FT: Francia, HT: Grecia, IT: Italia, LT: Portugal
SK: Países Escandinavos, SW: Suiza, UK: Reino Unido e Irlanda, USA: Estados Unidos, ONT: España

Figura nº 12: Evolución de la tasa anual de trasplante renal de cadáver

Esta situación cambia sustancialmente cuando observamos las tasas de donación renal procedente de personas vivas, generalmente, "vivos emparentados". En este tipo de trasplante, España ocupa una de las últimas plazas (ver figura nº 13), mientras que Estados Unidos y los Países Escandinavos son los que presentan una tasa anual mayor.

DONACIONES RENALES PROCEDENTES DE PERSONAS VIVAS

Porcentaje de donaciones renales procedentes de personas vivas en relación al total de donaciones renales obtenidas durante el año 1990 en diversos países europeos

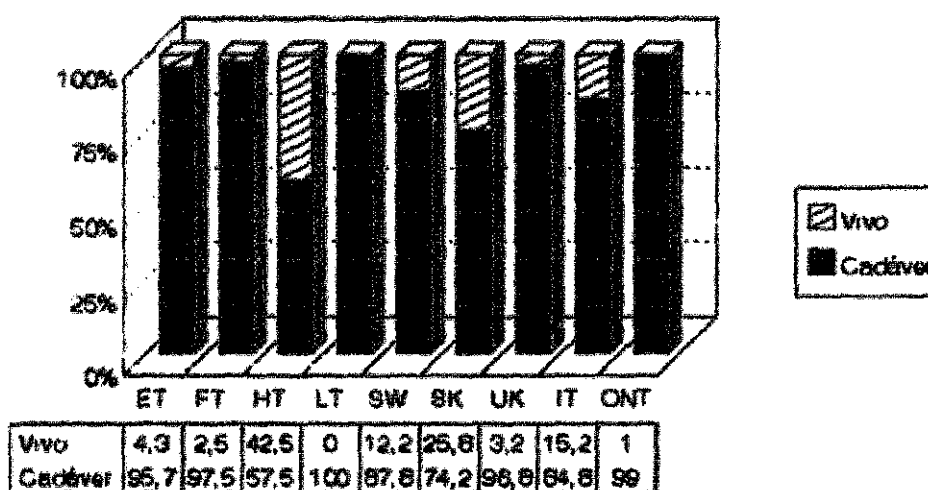


NOR: Noruega; GRE: Grecia; DIN: Dinamarca; SUE: Suecia; FIN: Finlandia; GB: Gran Bretaña; BEL: Bélgica; AUS: Austria; FRA: Francia; ALE: Alemania; ESP: España; POR: Portugal

Figura nº 13: Porcentaje de donaciones renales de vivos en países europeos

Por último, la figura nº 14 muestra la distribución porcentual de los trasplantes renales en función de su procedencia (de "cadáver" o de "vivo emparentado"), donde se observa de forma aún más clara la escasa utilización del trasplante procedente de personas vivas por parte de países con altas tasas de donaciones de cadáveres, como España, Portugal y Francia.

Trasplante renal de cadáver Vs. Trasplante renal de vivo (1992)



ET: Eurotransplant, FT: France Transplant, HT: Grecia, LT: Portugal, SW: Suiza
 < Países Escandinavos, U.K. Reino Unido e Irlanda, IT: Italia, O.N.T.: España

5 *cadáver y del de vivos.*

La tabla nº 6 presenta el número y la tasa anual de trasplantes cardíacos realizados en el período 1.989-1992. También se muestra la cantidad de trasplantes cardiopulmonares (intervención por la que se trasplanta un corazón y, al menos un pulmón) y pulmonares (se trasplanta uno o dos pulmones).

PAÍS U ORGANIZACIÓN		Población abarcada (millones)	Corazón		Coraz. y Pulm. (Pa.)	Pulm. (Pa.)
	1989	252,3	1.768	7		
U.S.A.	1990	*	2.156	8,5	52	201
	1991	*	2.176	8,6	51	400
	1992	*	2.221	8,8	48	535

E.T.: Eurotransplant (Austria, Bélgica, Alemania, Luxemburgo y Holanda). F.T.: France Transplant (Francia). I.T.: Italia. L.T.: Lusotransplant (Portugal). O.N.T.: Organización Nacional de Trasplantes (España). S.K.: Skandiatransplant (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca). S.W.: Suiza. U.K.: Reino Unido e Irlanda. U.S.A.: Estados Unidos.

Los trasplantes cardíacos presentan un crecimiento sostenido en un número mayor de países que en el caso de los trasplantes renales. En Estados Unidos, España, Portugal, Países Escandinavos, Italia y Grecia se ha venido produciendo anualmente un mayor número de trasplantes cardíacos. No obstante, Francia, los cinco países centroeuropeos integrados en la organización Eurotransplant (en 1.992) han sufrido importantes descensos en el número de trasplantes cardíacos que se realizan anualmente. Los trasplantes cardiopulmonares y los trasplantes pulmonares se realizan casi exclusivamente en cuatro países u organizaciones de trasplante (Estados Unidos, Reino Unido e Irlanda, Francia y Eurotransplant) con una ligera tendencia al incremento, especialmente, en lo que se refiere al trasplante pulmonar.

La tabla nº 7 muestra el total de trasplantes hepáticos y de trasplantes de riñón y páncreas realizados en los últimos cuatro años en Europa y Estados Unidos; también informa, en ambos casos, de la tasa de trasplante anual (número de trasplantes realizados por millón de personas) de cada país u organización.

**Tabla nº 7 Trasplantes de hígado y de riñón-páncreas
en Europa y Estados Unidos. Años 1989-92.**

PAÍS U ORGANIZACIÓN	Año	Población abarcada (millones)	Hígado		Riñón-Páncreas	
			Total	Tasa	Total	Tasa
E.T.	1989	94	499	5,8	80	0,9
	1990	94	576	7,4	60	0,6
	1991	111	712	7,4	74	0,7
	1992	112,8	764	6,8	66	0,6
F.T.	1989	56	585	10,4	57	1,0
	1990	56	663	11,8	85	1,5
	1991	56,6	697	12,4	71	1,3
	1992	57,1	673	11,7	70	1,2
H.T.	1989	9,8	-	-	1	0,1
	1990	"	2	0,2	2	0,2
	1991	"	8	0,8	6	0,6
	1992	10	9	0,8	-	-
I.T.	1989	57,7	113	2	-	-
	1990	"	119	2,1	-	-
	1991	"	157	2,7	14	0,2
	1992	58	202	3,5	20	0,3
L.T.	1989	10	-	-	-	-
	1990	"	-	-	-	-
	1991	9,8	-	-	-	-
	1992	10	9	0,9	-	-
O.N.T	1989	38,5	170	4,4	9	0,2
	1990	"	313	8,1	19	0,5
	1991	38,4	412	10,7	21	0,5
	1992	"	468	12,1	26	0,7
S.K	1989	22,8	65	2,9	41	1,8
	1990	"	85	3,8	41	1,8
	1991	"	128	5,6	33	1,4
	1992	22,7	144	6,3	32	1,5
S.W	1989	6,8	24	3,5	11	1,6
	1990	"	22	3,2	5	0,7
	1991	"	27	4	3	0,4
	1992	"	45	6,6	13	2
U.K	1989	60,6	298	4,9	3	0,05
	1990	"	359	5,9	6	0,1
	1991	"	418	6,9	8	0,1
	1992	61,2	506	8,2	21	0,3

Como puede apreciarse en la tabla nº 7, en la mayoría de los países y organizaciones de trasplante existe una tendencia de crecimiento sostenido en la realización de trasplantes hepáticos. Este hecho puede ser explicado en parte por el aumento de donaciones multiorgánicas que está favoreciendo la obtención de una mayor diversidad de órganos, circunstancia ésta que coincide con el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica del trasplante hepático, lo que ha permitido en los últimos años un mejor aprovechamiento de estos órganos.

España es la nación con mayor tasa de donación del mundo (21,7 donaciones por millón de personas en 1.992). Esta privilegiada situación ha permitido aumentar progresivamente el número de trasplantes realizados en nuestro país. En 1992 se realizaron (figura nº 15) 1492 trasplantes renales, 468 hepáticos y 254 cardíacos. Estas cifras colocan a España en 1.992, en la primera posición mundial en tasa de trasplante renal (38,4 por millón de personas) procedente de cadáver y de trasplante hepático (12,1 por millón) y en cuarta posición (tras Francia, la organización "Eurotransplant" que reúne a 5 países centroeuropeos y Estados Unidos) en tasa de trasplante cardíaco (6,6 por millón).

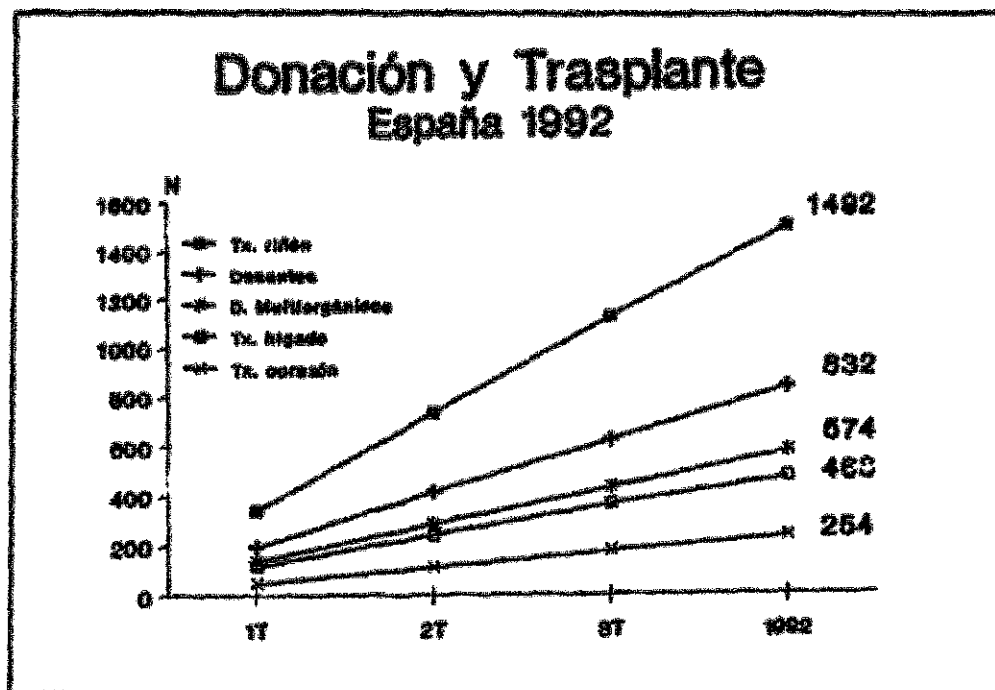
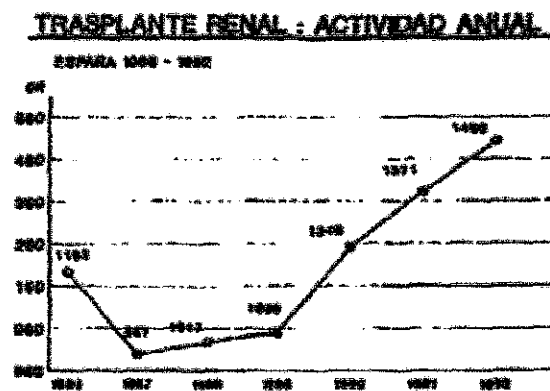
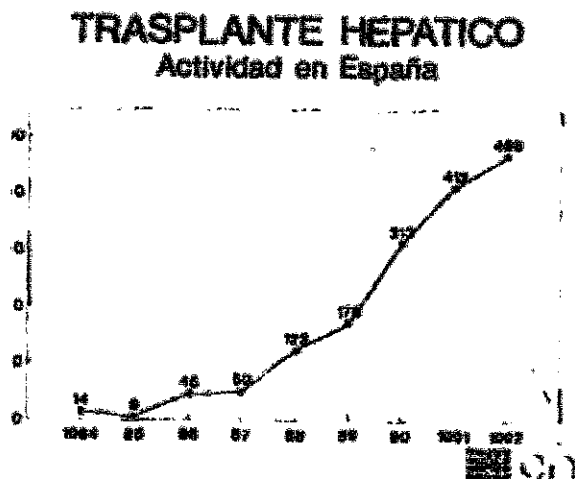


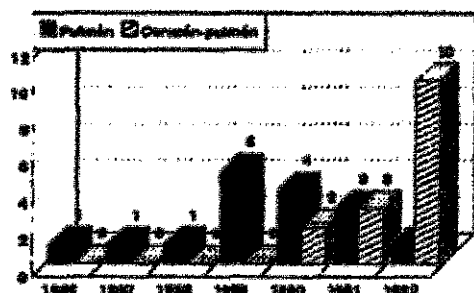
Figura nº 15: Datos generales sobre donaciones y actividad trasplantadora en España durante 1.992.

El aumento del número de trasplantes en España en la última década ha sido espectacular, como muestran las figuras 16, 17, 18, 19, y 20.

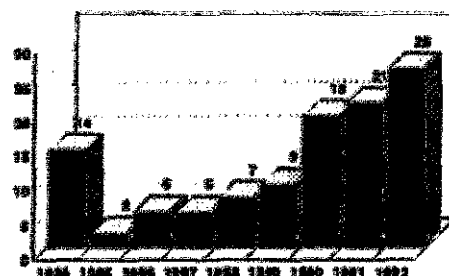


Figuras nº 16 y 17: Evolución de la actividad trasplantadora hepática y renal

TRASPLANTES DE PULMÓN Y CORAZÓN-PULMÓN
Actividad en España



TRASPLANTE DE PANCREAS
Actividad en España



Figuras nº 18 y 19: Evolución de la actividad trasplantadora pulmonar, cardiopulmonar y pancreática en España

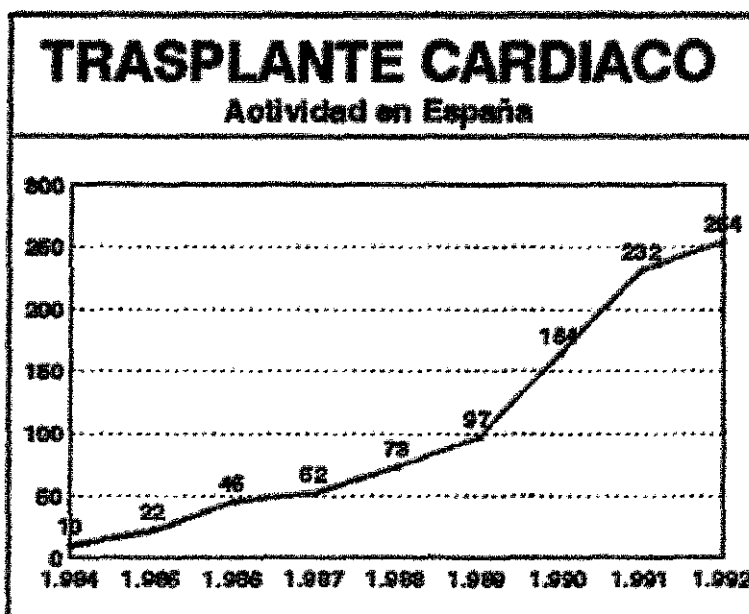
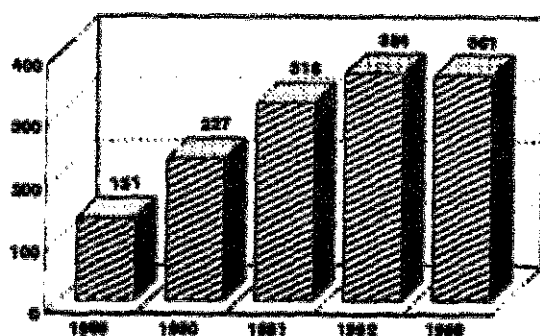


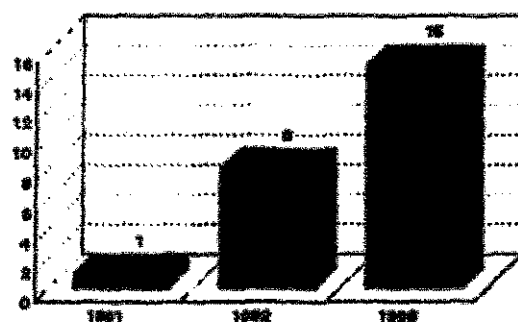
Figura nº 20: Evolución de la actividad trasplantadora cardíaca en España

Los últimos datos de la actividad trasplantadora en España referidos al período Enero-1993 / Septiembre-1993 muestran en relación a igual período de los cuatro años anteriores (figuras nº 21, 22, 23 Y 24) un crecimiento de los trasplantes cardíacos y pulmonares, y un leve reducción del número de trasplantes renales y hepáticos en el mismo período considerado.

TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA
Actividad trasplantadora en los nueve primeros meses del período 1.988-9

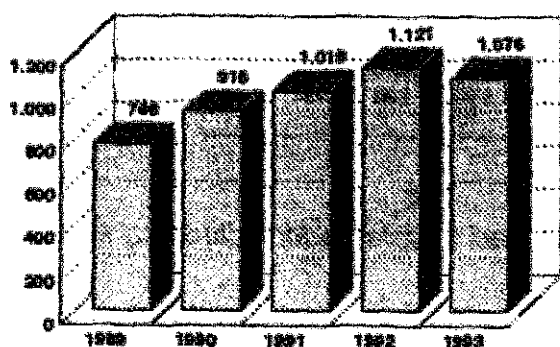


TRASPLANTE PULMONAR EN ESPAÑA
Actividad trasplantadora en los nueve primeros meses del período 1.981-

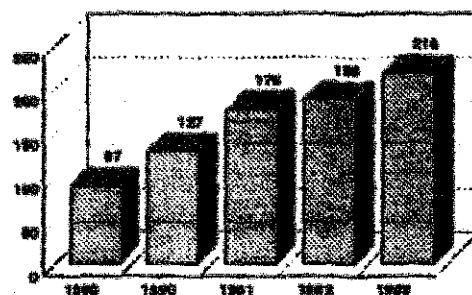


Figuras nº 21 y 22: Evolución de la actividad trasplantadora hepática y pulmonar en España en los primeros nueve meses del año.

TRASPLANTE RENAL EN ESPAÑA
Actividad trasplantadora en los nueve primeros meses del período 1988-



TRASPLANTE CARDÍACO EN ESPAÑA
Actividad trasplantadora en los nueve primeros meses del período 1.988-



Figuras nº 23 y 24: Evolución de la actividad trasplantadora renal y cardíaca en España en los primeros nueve meses del año.

Las listas de espera de los diferentes tipos de trasplante (tabla nº 8) para los tres últimos años muestran una tendencia a la estabilización e incluso a la baja en el caso del trasplante renal.

Tabla nº 8: Evolución de listas de espera de trasplantes renales, hepáticos y cardíacos en España, en el período (1990-1992)

	1990	1991	1992
Trasplante renal	5024	5563	5191
Trasplante hepático	136	120	119
Trasplante cardíaco	43	33	36
Trasplante cardio-pulmonar	4	3	1

Estos datos sitúan a España en una posición privilegiada. No obstante, existen dos características de la donación en España que tienen una incidencia directa en la obtención de un mayor número de órganos; por una parte se encuentran las grandes diferencias entre comunidades autónomas, en lo que a tasa de donación se refiere. Por otra parte, se halla el insuficiente porcentaje de donaciones multiorgánicas que se obtienen en nuestro país.

En relación a las diferencias intercomunitarias en España, la figura nº 23 deja bien patente las marcadas diferencias entre comunidades que se encuentran por encima de la media nacional en tasa de donación (Cantabria,

Navarra, Asturias, Madrid) y autonomías que se hallan por debajo de la media nacional (Castilla-La Mancha, Rioja, Baleares, Extremadura).

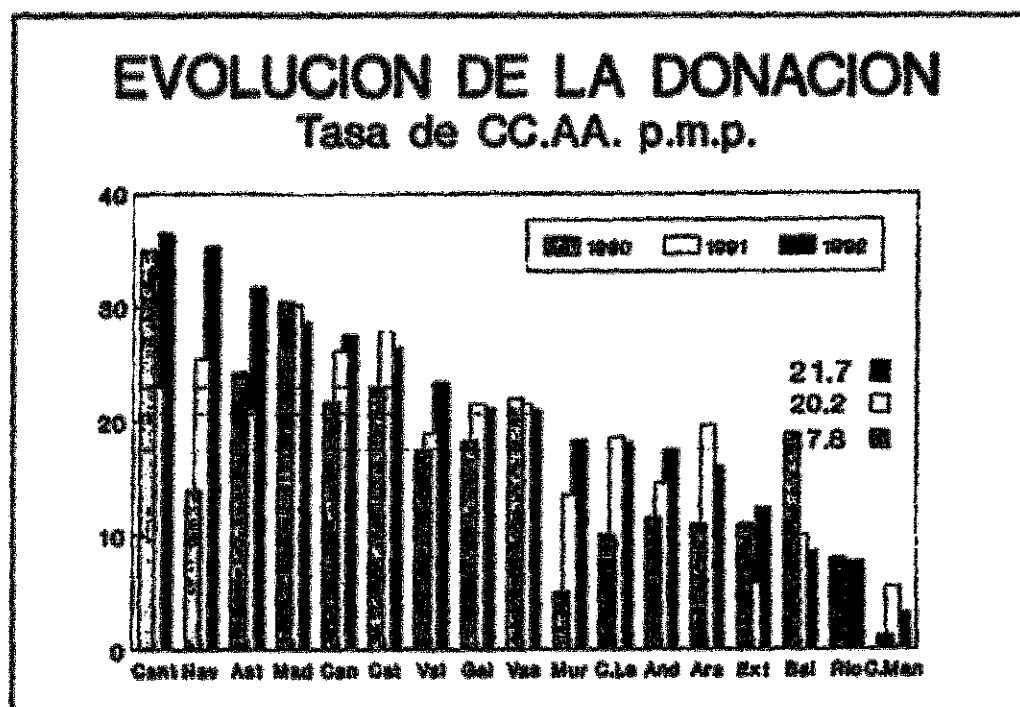


Figura nº 23: Evolución de la tasa de donación de órganos por comunidades Autónomas en el período 1990-1992.

Las tasas de donación por comunidades autónomas recogidas en la figura nº 24, ponen de manifiesto de una forma aún más clara, las grandes diferencias interterritoriales en las tasas de donación. Como regla general, puede decirse que en el sur de España las donaciones son más escasas que en el Norte, a excepción de la comunidad Autónoma de La Rioja que presenta la tasa de donación más baja de toda España. Uno de los objetivos de esta investigación es explorar tentativamente las causas de estas diferencias entre comunidades autónomas en lo que se refiere a tasas de donación,

deecubriendo variables discriminantes entre comunidades autónomas en lo que se refiere a la disposición a la donación de órganos.

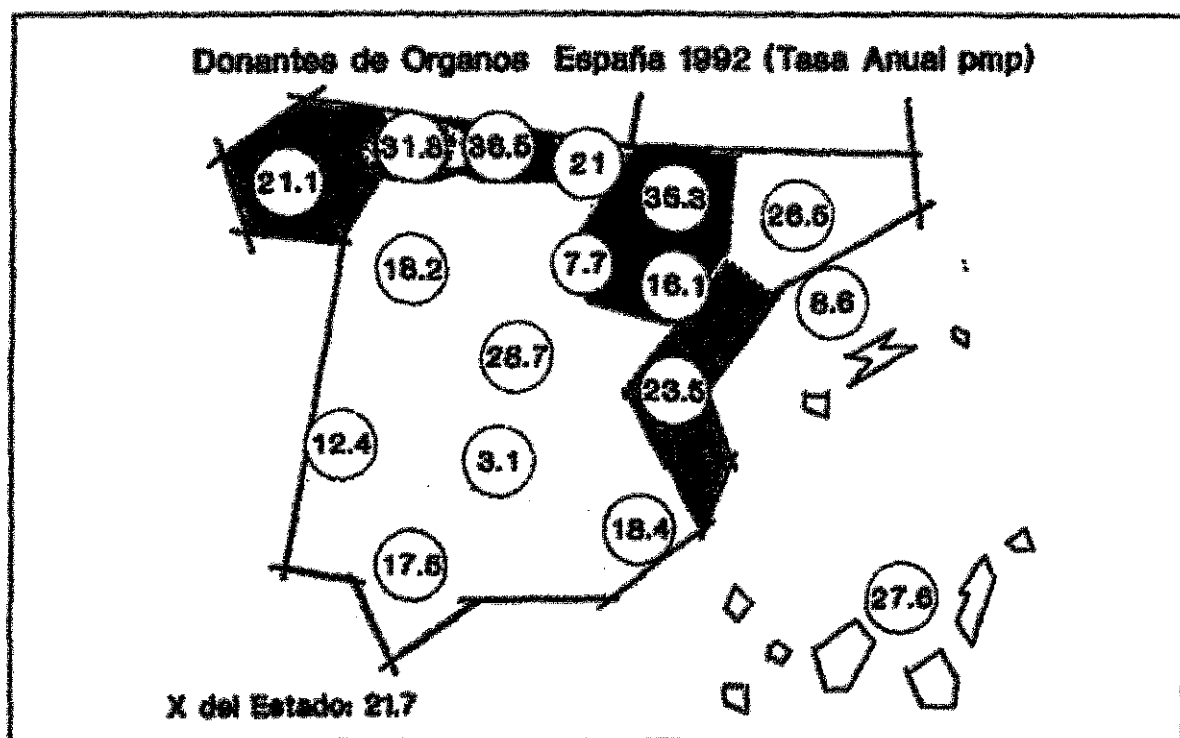


Figura nº 24: Tasas de donación (número de donantes por millón de habitantes) en comunidades autónomas (La tasa de donación media en el Estado es de 21.7).

Otro factor importante que incide en la obtención de órganos se refiere al porcentaje de donaciones multiorgánicas anualmente conseguidas en un país. Un porcentaje alto de este tipo de donaciones favorece una disminución del número de pacientes en lista de espera de distintos tipos de trasplante; un bajo porcentaje de donaciones multiorgánicas suele favorecer la realización de los trasplantes más conocidos y divulgados popularmente (sobre todo, renales) a costa de los trasplantes menos publicitados (hepático,

pancreático y pulmonar). En nuestro país, el 69% de las donaciones son multiorgánicas; este porcentaje se encuentra por debajo de países como Italia (82.5%), Francia (80%) y Estados Unidos (78.2%). Las diferencias entre las comunidades españolas en los que se refiere a porcentaje de donaciones multiorgánicas son también significativas (figura nº 25)

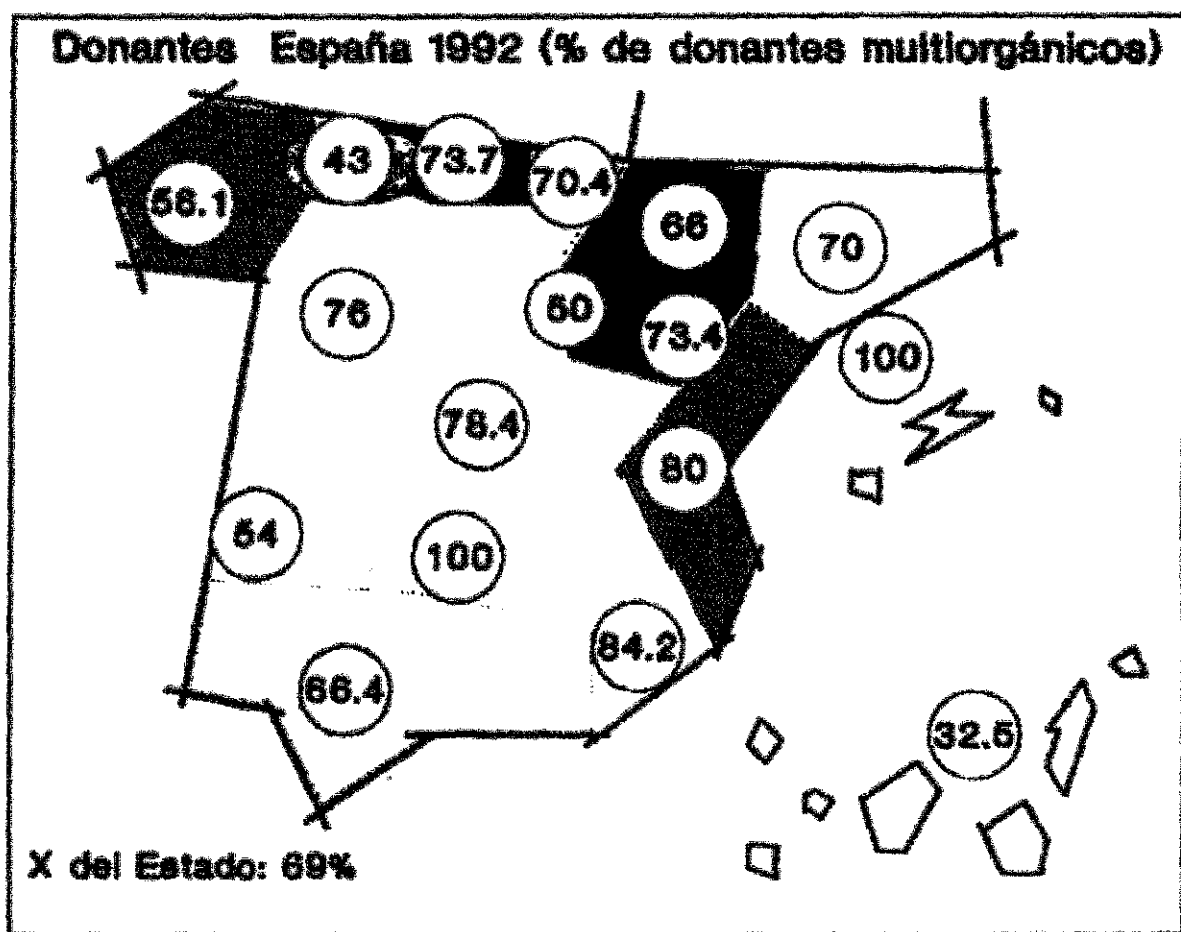


Figura nº 25: Porcentaje de donantes multiorgánicos en las distintas comunidades autónomas del estado español (el valor medio es del 69%).

CONCLUSIONES SOBRE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

1) Los trasplantes de órganos son intervenciones quirúrgicas aplicadas para salvar las vidas de pacientes que sufren graves deterioros en uno o varios de sus órganos. Estas patologías causarían irremisiblemente la muerte de los pacientes si no pudiera ser sustituido el órgano inservible por otro que lleve a cabo adecuadamente sus funciones.

2) El trasplante de órganos se desarrolla sobre todo en países occidentales e industrializados, con importantes recursos sanitarios.

3) El desarrollo de drogas inmunosupresoras eficaces ha disminuido significativamente el problema del rechazo del órgano trasplantado. Esto ha traído dos consecuencias, principalmente. Por una parte, la técnica del trasplante se ha masificado de tal manera que hoy cualquier órgano o tejido, a excepción del sistema nervioso central, puede ser trasplantado de un sujeto a otro. Por otra parte, el problema de la obtención de suficientes órganos para abastecer las cada vez mayores necesidades de trasplantes de todo tipo, se ha convertido en el más importante factor limitante para el desarrollo de esta técnica.

4) Los trasplantes de órganos son intervenciones eficaces que no sólo salvan la vida de los pacientes con enfermedades orgánicas terminales sino que la prolongan por largo tiempo. Las tasas de eficacia de todos los tipos de trasplante se han ido incrementando progresivamente hasta alcanzar una tasa de supervivencia mínima del paciente de alrededor del 60% a los cinco años de la intervención.

5) Los trasplantes de órganos proporcionan una significativa mejora en la calidad de vida, medida tanto a través de indicadores subjetivos (satisfacción) como objetivos (reincorporación laboral).

6) El trasplante renal es una terapia incluso económica comparada con cualquiera de los tratamientos paliativos alternativos. El coste del resto de trasplantes es alto. Sin embargo, no puede ser enjuiciado desde una perspectiva exclusivamente económica, ya que, suponen la última oportunidad de sobrevivir de los enfermos a los que se aplica este tipo de intervenciones.

7) En todos los países occidentales predominan los trasplantes renales procedentes de cadáveres sobre los que proceden de personas vivas, generalmente emparentadas con el receptor. No obstante, las donaciones de cadáveres están llegando a su techo en algunos países, por lo que parece aconsejable que en un futuro próximo se traten de

potenciar las donaciones procedentes de vivos emparentados, como ya ocurre en los países escandinavos y en Estados Unidos.

8) El número de donaciones de órganos en los países occidentales se halla estabilizado, con una ligera tendencia a la baja. Los trasplantes de órganos sufren un fuerte estancamiento que está provocando una tendencia al aumento de las listas de espera de enfermos con patologías orgánicas terminales.

9) España presenta la mayor tasa de donación del mundo lo que ha repercutido en un crecimiento espectacular del número de trasplantes realizados en los últimos años. Esta tendencia de crecimiento sostenido parece que se ha quebrado en los nueve primeros meses del año 1993 como consecuencia del estancamiento que sufren las donaciones de órganos procedentes de cadáveres. No obstante el aumento de las donaciones multiorgánicas ha favorecido que los trasplantes hepáticos, cardíacos y pulmonares mantengan un importante incremento, algo menor en el caso del trasplante hepático.

10) Las tasas de donación anuales de las autonomías españolas presentan grandes diferencias. Generalmente, las comunidades autónomas con mayor renta per cápita suelen tener mayor número de donantes.

11) La potenciación de donaciones multiorgánicas puede aportar un mayor número de órganos en los tipos de trasplantes menos conocidos por el público (hepático, páncreas y pulmonar). Por fin, parece necesario favorecer la donación renal procedente de vivos emparentados con el receptor.

PERSPECTIVA FUTURA.

En la actualidad, los trasplantes de órganos son una alternativa terapéutica eficaz que comporta un considerable aumento en la calidad de vida de los pacientes intervenidos. Su mayor limitación es, como hemos subrayado repetidamente, la escasez de órganos; en este sentido Zamarrón (1988) afirma que este gran desequilibrio entre oferta y demanda de órganos persistirá en el futuro, por lo que "deberán seleccionarse muy estrictamente los pacientes a incluir en los programas de trasplante"; y en tal sentido, la "calidad de vida" a conseguir será un "ítem a tener prioritariamente en cuenta" por la Administración Sanitaria para la selección del receptor.

El futuro de los trasplantes de órganos está forjándose en la actualidad con el desarrollo de investigaciones que tratan de paliar desde diferentes perspectivas la mencionada carestía de órganos; no obstante, no resulta difícil apuntar las principales líneas de investigación que, de forma experimental aún, parecen destinadas a mejorar los brillantes resultados en eficacia y calidad de vida obtenidos hasta ahora por los trasplantes de órganos y a extender estas intervenciones hasta límites difíciles de precisar en la actualidad. La investigación biomédica y la investigación psicosocial pueden ser dos grandes ejes investigadores en el futuro; cada uno de ellos implica varias líneas de investigación con objetivos y técnicas propias.

La investigación biomédica parece encaminada a desarrollar en paralelo tres líneas de investigación complementarias. En primer lugar, un

grupo de investigaciones se dirige a desarrollar nuevos tratamientos contra la insuficiencia orgánica que no implique el trasplante de órganos; normalmente, avances en quimioterapia, sustitución de válvulas, etc. En segundo lugar, otro grupo de investigadores realiza grandes esfuerzos para mejorar la actual técnica de trasplante; en este grupo se incluyen investigaciones sobre desarrollo de nuevas hormonas inmunosupresoras más eficaces y seguras o de nuevas combinaciones de las actuales, perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, de la conservación de los órganos tras la extracción, etc. El tercer grupo de investigaciones tiene como objetivo fundamental el desarrollo de nuevas técnicas que permitan un mejor aprovechamiento de los órganos existentes o la obtención de órganos de procedencia no humana. Algunas de ellas están siendo aplicadas con gran éxito y otras se encuentran en fase de experimentación. Se citan a continuación las más importantes:

- En el trasplante hepático infantil donde la escasez de órganos es acuciante por la baja mortalidad infantil, la utilización de una parte del hígado procedente de un donante vivo, normalmente emparentado genéticamente con el receptor, comienza a ser empleada con gran éxito.

- Reciclaje de órganos; esta técnica consiste en la reutilización de un órgano rechazado, para otro donante.

- Trasplante de órganos procedentes de animales (cerdo, babuino, mandril y chimpancé, sobre todo). Las experiencias realizadas hasta el

momento no han tenido éxito. A pesar de ello, White (1992, en prensa) ha señalado en el XV Congreso Internacional de la Sociedad de Trasplante que el trasplante de órganos procedentes del cerdo será aplicado en un plazo aproximado de 10 años; este animal se puede criar fácilmente y poseen unos órganos de tamaño parecido a los humanos.

- Trasplante de órganos procedentes de animales transgénicos que incorporarían, mediante ingeniería genética, células humanas adecuadas para evitar el rechazo.

- Trasplante de corazón artificial. Si bien estas investigaciones tuvieron un fuerte impulso en la década pasada, en la actualidad sólo se emplean ocasionalmente como sistema de mantenimiento del enfermo hasta la recepción de un órgano procedente de un donante humano.

- Trasplante de órganos bioartificiales. En este caso, el soporte sería esencialmente mecánico pero incorporaría células de animales.

Por otra parte, la investigación psicosocial hasta el momento ha sido desarrollada en la mayor parte de los casos de forma voluntarista pero desgajada de la teoría psicosocial. Aunque la preocupación de los psicólogos por estos temas es aún incipiente; no obstante, comienzan a vislumbrarse algunas líneas de investigación en las que el psicólogo social puede jugar en colaboración con otros profesionales un importante papel; entre ellas, podemos destacar:

- Clasificación y caracterización de la donación de órganos como

conducta altruista. En su vertiente aplicada, como más adelante intentaremos mostrar, es posible aplicar los conocimientos que la Psicología Social ha ido acumulando sobre los comportamientos altruistas en la elaboración y aplicación de programas destinados a incrementar el número de donaciones de órganos.

- Estudio del proceso de petición de órganos a los familiares de individuos fallecidos en situación de donar órganos (negativas familiares, técnicas de entrevista; detección y manejo de líderes familiares, persuasión, etc.).

- Investigación sobre los determinantes psicosociales de la conducta altruista. Parece existir cierto consenso en que la solución al problema de la escasez de órganos para trasplante pasa por averiguar los determinantes psicosociales de la "donación" y de la "no donación"; este conocimiento posibilitaría el desarrollo y la aplicación de programas que impulsen un clima social favorable a las donaciones y los trasplantes de órganos y que favorezcan una percepción social de la donación como un hecho habitual, altruista y solidario.

- Desarrollo de campañas publicitarias basadas en estudios psicosociales sobre percepción social, actitudes, comportamientos, etc, en relación a la donación y a los trasplantes de órganos.

- Elaboración, aplicación y evaluación de programas informativos y educativos dirigidos a profesionales sanitarios encaminados a favorecer una actitud positiva hacia las donaciones por parte de este colectivo profesional y

a persuadirles para que actúen como agentes educativos en la labor de concienciar a la opinión pública sobre la necesidad de donar órganos.

- Desarrollo y evaluación de programas de información y educación de la población española, desde una perspectiva de promoción de la salud.

- Desarrollo y evaluación de programas de apoyo social a la rehabilitación y de prevención de los trastornos psicológicos de los trasplantados de órganos.

2) OPORTUNIDAD DE ESTE ESTUDIO

En los apartados anteriores se han aportado datos quizá suficientes como para optar decididamente por el trasplante de órganos como la técnica terapéutica que aporta a buena parte de los pacientes con graves patologías orgánicas esperanza de vida, en cantidad y en calidad. También hemos podido comprobar, de paso, que el mayor obstáculo para la potenciación del trasplante de órganos reside en el insuficiente número de donaciones de órganos, problema éste que afecta en mayor o menor medida a todos los países desarrollados. España, a pesar de ostentar la mayor tasa de donaciones del mundo durante el año 1992, posee una importante lista de espera de enfermos necesitados de trasplante, fruto de la extensión de este tipo de intervenciones a la casi totalidad de las enfermedades orgánicas terminales y de la aplicación de esta técnica a enfermos con edades muy avanzadas, situación ésta que se consideraba hasta hace pocos años como una contraindicación del trasplante de órganos.

El perfeccionamiento del trasplante de órganos se configura como una consecución clínica. El aumento de las donaciones se presenta como un problema psicosocial en el que creencias, actitudes, temores, etc. de la población hacia la donación y el trasplante, junto con algunos otros factores, parecen determinar su eficacia final.

La decisión de donar tiene un componente individual en cuanto a posicionamiento personal acerca de una situación. Pero, la percepción de

esa situación, de uno u otro modo, con mayor o con menor urgencia o importancia, tiene mucho de social y comunitario. La familia, los amigos, las instituciones educativas, los medios de comunicación son las principales fuentes informativas y educativas que promueven y conforman la adopción de opiniones y actitudes favorables o contrarias a la donación de órganos para trasplante. Cada individuo recibe y ejerce influencia en este tema de forma preferente en un círculo social más o menos limitado, donde interacciona habitualmente con personas que tienen una especial significación para él (familia, amigos, médico de familia); en este ámbito geográfico y social relevante para cada sujeto, en su comunidad en definitiva, es donde se desarrollan fundamentalmente opiniones, actitudes y creencias que tendrán, llegado el caso, una importancia decisiva en la adopción de una decisión favorable o contraria a la donación de órganos, propia o de familiares fallecidos.

Parece urgente actuar sobre el tejido social con arreglo a precisiones científicamente contrastadas de forma decidida y metódica, a fin de obtener resultados positivos que faciliten lo que para los enfermos que se encuentran en las listas de espera de trasplante significa *esperanza y vida*. Sin que tengan por qué influir en absoluto otros factores como los geográficos, los económicos o los que acaben por atentar contra la necesaria y justa igualdad de oportunidades.

La presente investigación decidió abordar el problema desde criterios y exigencias comunitarias, utilizando y potenciando los recursos humanos disponibles, procurando profundizar en el conocimiento de las circunstancias y, a ser posible, las causas de la donación y de la no donación, potenciando la participación de la comunidad, ya desde el principio, tanto en la aportación de los primeros datos como en los supuestos iniciales sobre los que resultó preciso montar las estrategias de organización de la propia encuesta.

Desde estos planteamientos teóricos, la presente investigación persigue dos objetivos generales:

- Estudiar la percepción social que la población española tiene de la donación y el trasplante de órganos, con la finalidad última de hallar las variables que mejor caractericen una predisposición favorable hacia las donaciones.

- Desarrollar a partir del análisis de los datos obtenidos y de la revisión teórica realizada sobre diferentes aspectos del problema que nos ocupa, conclusiones válidas y operativas que permitan cubrir los objetivos de una adecuada información educativa, como vía más propia para potenciar un mejor clima social hacia las donaciones y los trasplantes de órganos.

Los siguientes apartados tratarán de explicar la elección de una forma de intervención psicosocial y comunitaria en este tipo de investigación psicosocial aplicada.

2.1. La escasez de donaciones de órganos, un problema social.

NECESIDADES ACTUALES.

Las necesidades actuales son la primera razón que evidencia la escasez de órganos como un problema social de primer orden. El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica cada vez más eficaz; de hecho, (Matesanz, 1991) "constituye hoy por hoy la mejor y a menudo única alternativa válida para un número mayor de pacientes afectados de todo tipo de patologías que tienen en común la destrucción total de una parte del organismo; [...] en los años ochenta, como consecuencia del desarrollo de medicamentos antirrechazo más potentes y de la mejora general de los procedimientos quirúrgicos, se ha producido un "boom" espectacular de estas técnicas, hasta el punto de que hoy día se puede decir que prácticamente todos los órganos y tejidos, a excepción del sistema nervioso, son susceptibles de ser trasplantados". Esta masificación del trasplante de órganos y la limitada disponibilidad de órganos ha traído consigo las listas de espera que han ido creciendo sostenidamente. No obstante, los esfuerzos realizados para concienciar a la sociedad hacia la donación de órganos y los avances clínicos realizados en terapias más tradicionales han hecho disminuir el ritmo de crecimiento, en términos generales, en los últimos años, de las listas de espera de los distintos tipos de trasplante, como puede apreciarse en la tabla nº 9 .

TABLA Nº 9: LISTAS DE ESPERA PARA TRASPLANTE EN EUROPA. AÑOS 1990-1992.

PAÍS U ORGANIZACIÓN	Fecha	Riñón	Corazón	Hígado	Corazón-Pulmón	Páncreas
E.T.	12/90	10.124	402	219	42	187
	12/91	10.463	601	216	55	186
	12/92	11.052	938	344	61	164
F.T.	12/90	4.731	334	385	52	7
	12/91	4.886	690	402	144	50
	12/92	4.529	494	388	96	83
I.T.	12/90	6.000	500	150	25	100
	12/91	6.000	500	150	35	100
	12/92	6.000	516	270	25	51
L.T.	12/90	1.118	-	-	-	-
	12/91	1.174	-	-	-	-
	12/92	1.763	28	30	-	-
O.N.T.	12/90	5.024	43	136	4	-
	12/91	5.563	33	120	3	-
	12/92	5.191	36	119	1	-
S.K.	12/90	1.093	17	21	9	16
	12/91	1.144	32	25	13	19
	12/92	1.214	45	27	16	23
U.K.	12/90	3.849	239	57	123	-
	12/91	4.113	284	83	103	-
	12/92	4.463	325	83	236	3

E.T.: Eurotransplant (Austria, Bélgica, Alemania, Luxemburgo y Holanda); F.T.: France Transplant (Francia); I.T.: Italia; L.T.: Lusotransplant (Portugal); O.N.T.: Organización Nacional de Trasplantes (España).

S.K.: Skandiatransplant (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca); U.K.: Reino Unido e Irlanda.

Según estos datos, tan sólo España y Francia han conseguido disminuir o estabilizar las listas de espera de los distintos tipos de trasplante en los últimos años. Mientras que el resto de países y organizaciones han continuado incrementando el número de pacientes a la espera de un trasplante, especialmente en el caso de los enfermos renales.

En Estados Unidos, la situación es aún más grave, como muestra la tabla nº 10. El incremento de los pacientes en espera de un trasplante oscila para el período que va desde Diciembre de 1.987 a Junio de 1991 entre el 11,5% de la lista de espera de pulmón-corazón, hasta el 1443% de aumento en la lista de espera de trasplante pancreático.

**Tabla nº 10 : Evolución de la lista de espera para trasplante (*):
Diciembre 1987/Junio 1991**

Mes/año	TIPO DE TRASPLANTE					Total
	Renal	Cardíaco	Hepático	Pulmón-Corazón	Páncreas	
Diciembre 1987	11.872	646	450	148	37	13.153
Junio 1988	13.091	872	453	172	154	14.742
Diciembre 1988	13.947	1.032	617	205	164	15.965
Junio 1989	15.162	1.203	751	226	278	17.620
Diciembre 1989	16.363	1.324	830	240	322	19.069
Junio 1990	17.500	1.692	976	261	385	20.814
Diciembre 1990	17.939	1.794	1.242	226	473	21.674
Junio 1991	18.692	2.129	1.499	165	571	23.056
Incremento porcentual	57,4	229,6	233,1	11,5	1.443,2	75,3

(*) Datos procedentes de la United Network for Organ Sharing y de Evans (1990)

Por fin, la tabla nº 11 muestra la necesidad de trasplantes en Estados Unidos en los años 1980 y 1990. La necesidad se calcula contabilizando el número de personas que mueren en condiciones en las cuales estaría indicado el trasplante y que son mantenidos con una terapia sustitutiva en ausencia de un trasplante. La cifra estimada incluye pacientes

con contraindicaciones conocidas al trasplante, lo que mediatiza el valor real de estos datos, ya que, un porcentaje importante de pacientes sufren de algún tipo de contraindicación para el trasplante. No obstante, ilustra suficientemente la necesidad de aumentar los esfuerzos para rebajar estas necesidades de órganos que, en algunos casos, desembocan con la muerte de pacientes que se hallan en listas de espera.

Tabla nº 11: Necesidad de trasplantes en U.S.A . en 1980 y 1990 (*)

TIPO DE TRASPLANTE	Número	Porcentaje por millón de personas	Número	Porcentaje por millón de personas	Variación porcentual
Renal	5.072	22,3	18.592	74,5	+266,6
Cardíaco	44.184	194	40.959	164,1	-7,3
Hepático	18.379	80,7	14.751	59,1	-19,7
Corazón-Pulmón	4.420	19,4	4.618	18,5	+4,5
Páncreas	1.841	8,1	4.108	16,7	+123,1
Total	73.896	324,5	83.028	332,9	+12,4

(*) Datos de Evans y cols. (1.986, 1.990, 1991, 1992)

Si la necesidad de órganos en los términos expuesto convierte claramente en problema social su escasez, otro aspecto mínimamente conocido por la población - el coste de los trasplantes - vuelve a convertir en problema social nada despreciable, la pertinencia del recurso a esta técnica terapéutica. La donación ahorra dinero, en la medida en que los trasplantes, aparentemente muy caros, ahorran dinero al erario público frente a otras alternativas de tratamiento (si las hubiera).

La elección de la técnica del trasplante en el tratamiento de diversas patologías orgánicas resulta incuestionable desde el punto de vista clínico y desde la perspectiva de la calidad de vida aportada al enfermo renal. A pesar de ello, debido al gran aumento de su empleo y a los costes, -considerados por muchos, como excesivamente elevados-, se abrió un debate, aún no concluido, sobre su utilización masiva, sobre todo en países como Estados Unidos, donde la prestación sanitaria se encontraba, hasta las actuales reformas del presidente Clinton aun en vías de implantación, para un porcentaje alto de la población, en manos de compañías privadas. La preocupación actual por los costes sanitarios, "motivada por el aumento aparentemente ilimitado de las nuevas tecnologías hacen necesario un conocimiento lo más exacto posible de los gastos derivados de cada nueva técnica terapéutica" (Alonso y cols, 1992).

La preocupación por una rigurosa aplicación de criterios económicos en el gasto sanitario en una país como el nuestro que garantiza una sistema de salud gratuito y universal junto con la escasez de estudios sistemáticos sobre el coste de los trasplantes, favoreció que surgiesen opiniones, basadas en supuestas razones sobre la escasa eficacia y rentabilidad económica, que se oponían a la aplicación masiva de los trasplantes de órganos. Esta polémica llegó hasta los medios de comunicación españoles; en uno de ellos Angel Pestaña (1988) se

preguntaba retóricamente si sería socialmente aceptable financiar "los elevados costes de una nueva tecnología que promete prolongar la vida de un paciente terminal durante unos pocos meses o años". "Las nuevas tecnologías - dice - de sustitución de órganos, resultan ser muy onerosas por una acumulación de factores, entre los que destacan la formación y remuneración de un equipo de profesionales sanitarios altamente cualificados, la amortización y mantenimiento de un sofisticado instrumental, los costes de los desplazamientos para la obtención de órganos en buenas condiciones de conservación, los largos períodos post-operatorios y la prolongada terapia inmunosupresora para evitar el rechazo".

No obstante, como vamos a poder comprobar a continuación, un análisis de costos y beneficios económicos de los distintos tipos de trasplantes permite extraer conclusiones diferentes. Los estudios que analizan los costos de los trasplantes de órganos se han centrado preferentemente hasta el momento en el trasplante renal, debido a que representa el tipo de intervención más frecuente y que es posible su comparación directa con su alternativa terapéutica, la diálisis y sus diferentes tipos. El resto de tipos de trasplante son más difíciles de evaluar desde el punto de vista estrictamente económico, separándolos de su importancia en la recuperación de un enfermo en situación terminal. Los trasplantes hepáticos, cardíacos y pulmonares, señala Matesanz (1992), "no son fácilmente evaluables desde el punto de vista económico, ya que, aparte las

costosas estancias hospitalarias de los pacientes en situación terminal, lo que está en juego es la vida o la muerte del enfermo, sin que por el momento exista otra alternativa de mantenimiento a medio o largo plazo".

Los costes económicos de estos tipos de trasplantes han de ser analizados de manera diferente a los gastos que implica el trasplante renal; en el primer caso, la totalidad de los enfermos con insuficiencia orgánica que acceden al trasplante no disponen de otra alternativa para salvar sus vidas; y en segundo lugar, la diálisis renal permite en la mayoría de los casos alargar la esperanza de vida que no su calidad (como ya se ha discutido) sin recurrir al trasplante, aunque esto implica un gran aumento de los gastos dedicados a los enfermos renales.

La mayoría de los estudios realizados comparan los gastos que generara por término medio un trasplante renal con los que ocasiona el tratamiento alternativo, la diálisis, de carácter paliativo y que ofrece una inferior calidad de vida.

El American Council on Transplantation (1988) calculaba en unos 32.000 dólares el coste de un trasplante renal y en una cantidad similar cifraba el coste del tratamiento en hemodiálisis en un año. Un estudio pormenorizado (Martí y Sotorres, 1985) situaba los costes del trasplante renal y de la hemodiálisis en la siguientes cantidades:

	PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO
Trasplante Renal	2.961.641	898.751
Programa de Hemodiálisis	3.392.041	2.996.373
DIFERENCIA	430.400	2.097.576

Estudios más recientes barajan cifras parecidas, aunque el coste final de ambos tipos de tratamientos varía según las peculiares circunstancias locales; sin embargo, hay cierto consenso en señalar que, en términos generales, el coste medio de un trasplantado renal durante el primer año es similar o moderadamente superior al del tratamiento hemodialítico durante el primer año, pero que se reduce de forma muy significativa en los años que siguen a la intervención (Del Charro y cols. 1991).

Otro riguroso estudio realizado en nuestro país por Arthur Andersen para el Servicio Vasco de Salud (Aranzábal y Villar, 1990) ilustra adecuadamente la ventaja del trasplante renal sobre otros tratamientos alternativos en el aspecto económico. En este trabajo, se estudió una muestra de 322 pacientes sobre una población total de 723, distribuidos en base a los diferentes tipos de tratamiento; se calcularon costes en las diferentes fases de cada uno de los procesos de tratamiento, distribuyéndolos en conceptos (personal, material fungible, amortización de aparataje y locales, medicación, transporte, mantenimiento, estancias y

pruebas diagnósticas) especificados en el estudio. Los resultados del coste por paciente aparecen reflejados en la tabla nº 12.

	Hemodiálisis Hospitalaria	Hemodiálisis en un Centro satélite	Hemodiálisis domiciliaria	DPCA (diálisis peritoneal)	Trasplante renal
Primer año	2.961.000	3.074.000	2.603.000	1.860.000	3.128.000
Segundo año	2.708.000	2.821.000	2.141.000	1.570.000	780.000
Acumulado 5 años	13.793.000	14.358.000	11.167.000	8.140.000	5.579.000
Por año de vida ganado	2.724.866	2.837.866	2.171.800	1.756.000	684.454
Coste estima- do de no aplicar el trasplante	4.261.000	4.374.000	3.903.000	3.160.000	-----

Tabla nº 12 : Estudio de costes del trasplante renal y de otros tratamientos alternativos

Los autores concluyen que los tipos de tratamiento sustitivos de la insuficiencia renal crónica de más bajo coste son la diálisis peritoneal y el trasplante renal. A partir de los tres años post-trasplante los costes acumulativos del trasplante son inferiores a los del resto de tratamientos; a los cinco años de la realización del trasplante renal, por cada enfermo, la Sanidad pública se habrá ahorrado entre dos millones y medio y nueve millones aproximadamente dependiendo del tipo de tratamiento que se considere. El coste de año de vida ganado es netamente inferior en el trasplante renal y el coste de no aplicar el trasplante renal es más alto que el de aplicar otro tratamiento.

Según estos datos económicos, el trasplante renal sale ampliamente favorecido en la comparación con su alternativa natural. Matesanz (1992), a partir de estas informaciones, establece la siguiente conclusión:

"Con tan sólo una supervivencia estándar, los trasplantes que se efectúen en 1.992 representarán a los costes actuales un ahorro cercano a los 7.000 millones de pesetas en los próximos cinco años, por no hablar de las mejoras conseguidas en la calidad de vida y supervivencia de los pacientes trasplantados".

En cuanto a los costes de los trasplantes cardíacos y de sus alternativas, los escasos datos de que se disponen en nuestro país ofrecen un panorama similar al del trasplante renal y la diálisis; según Nolla (1.987), el valor del trasplante cardíaco se puede estimar en 2.244.000 pts. (cantidad que incluye extracción del órgano, intervenciones, estancias, gastos de personal, consumos y exploración); y el tratamiento anual con ciclosporina asciende a 905.000 pts. Subraya el autor cómo el coste puede compararse muy favorablemente con el coste de otros procesos cardíacos y no cardíacos en fase terminal, asistidos con tratamientos habituales y caros y que no garantizan una supervivencia significativa. Un cardiópata hospitalizado sale por unos seis millones anuales. Y si, por su estado, precisa recibir cuidados intensivos, la cifra puede triplicarse. Un año después el American Council on Transplantation (1988) estima en unos 125.000 dólares

el valor medio de un trasplante cardíaco, cifra muy superior a la estimada por Nolla para nuestro país. No obstante, no resulta extraño que las cifras varíen tanto de España a Estados Unidos teniendo en cuenta que los dos sistemas sanitarios no son fácilmente comparables, ya que, el español es fundamentalmente público y el estadounidense se apoya en gran parte en compañías privadas de seguros médicos.

Estudios más recientes muestran unas cifras significativamente superiores. Alonso y cols. (1992) señalan que una parte del elevado coste del trasplante cardíaco se debe a que se trata de un procedimiento limitado en cuanto a volumen por el escaso número de donantes disponibles y que ello impide desarrollar un servicio permanente con personal en dedicación exclusiva que gestione unos recursos económicos y materiales fijos; estos autores opinan que es preciso asumir que el trasplante cardíaco es un procedimiento caro por lo que la responsabilidad de los grupos de trasplante en cuanto a la selección correcta de receptores aumenta más si cabe.

Respecto a los trasplantes cardíacos, sin embargo, las razones económicas con ser

U.S.A. 1991		COSTE MEDIO
Trasplante	Cardíaco	91.750 dólares
Trasplante	Cardíaco y Pulmonar	134.540 dólares
Trasplante	Cardíaco y asistencia circulatoria	227.700 dólares
Trasplante	Renal	37.000 dólares
FRANCIA 1991		COSTE MEDIO
Trasplante	Cardíaco	75.500 dólares

Figura n.º 26: Coste económico de algunos tipos de trasplantes.

importantes no pueden prevalecer sobre los poderosos argumentos de eficacia clínica y de aumento de la calidad de vida que implica la aplicación de esta técnica a los enfermos orgánicos sin alternativas terapéuticas. El trasplante hepático es, en valor medio, el tipo de trasplante que mayores costes económicos tiene. Lindsey y McGlynn (1988) indican que su valor económico oscila entre los 135.000 y 238.000 dólares USA; esta amplio intervalo se debe a que en los distintos análisis de costos del trasplante hepático intervienen diversas variables como "tipo de centro sanitario donde se realiza", "transporte del órgano", "estancia de los enfermos en el postoperatorio", etc. Esta cantidad aumenta a 267.000 dólares USA según el American Council on Transplantation (1988).

Mustera (1987) analiza los costes del trasplante hepático teniendo en cuenta los siguientes capítulos: (1) hospitalización, (2) pruebas de laboratorio y radiología, (3) medicación, (4) transfusiones, (5) personal médico y de enfermería (6) transporte de órganos y (7) instrumental; los costes de un trasplante hepático fueron calculados en 2.930.722 pts.

Los datos económicos expuestos muestran el importante coste de los trasplantes hepáticos; no obstante, estos datos deben ser analizados en relación con la demostrada eficacia de este tipo de trasplantes que representa la última esperanza de vida de muchos pacientes afectados de patologías hepáticas sin otra alternativa terapéutica.

Hemos de concluir de la misma manera que hicimos al hablar de la eficacia del trasplante. No es posible alegar causas de índole económica para explicar el que el trasplante de órganos no sea empleado de forma masiva. Las razones que se aducían en su contra no resisten el más simple análisis comparativo. Un sistema de sanidad público debe abordar los gastos que supone un trasplante, desde la seguridad del que apuesta por el tratamiento más eficaz y económico posible para determinadas patologías.

La necesidad, la conveniencia, la pertinencia y la urgencia (listas de espera), quedan patentes en las consideraciones económicas apuntadas. La potenciación de los recursos humanos promoviendo las técnicas de trasplante son incluso hasta rentables. Queda por consiguiente, frente al problema la única dificultad a combatir: la escasez de donaciones. Es lo que nos lleva a entender la escasez de donaciones de órganos como un verdadero y grave problema social.

Chacón y cols. (1987) analizaban el panorama de las donaciones de órganos diciendo que "la escasez de donaciones de tejidos y órganos, especialmente, en España, constituye un importante problema social. Incrementar el número de estas sólo es posible tras un cambio en las actitudes y las conductas en amplios sectores de la población. Se trataría, pues de promover conductas socialmente responsables dentro del área de la salud desde el enfoque comunitario".

Seis años más tarde de estas manifestaciones la escasez de órganos sigue siendo en España y en todo el mundo un problema importante. Sin embargo, las características de este problema se han modificado notablemente. El aumento de las donaciones en nuestro país, no ha podido compensar la mayor demanda de órganos debido a la extensión de la aplicación de la técnica del trasplante a la mayoría de las patologías orgánicas terminales; además, la edad del paciente ha dejado de ser un criterio fundamental en la selección del receptor de un trasplante lo que ha acentuado la necesidad de obtener órganos; por otra parte, sigue habiendo amplias zonas del territorio español (Andalucía, Extremadura, etc.) donde las negativas familiares a facilitar la donación de órganos de parientes fallecidos son muy abundantes.

Los datos avalan, pues, la conclusión de que la escasez de donaciones sigue constituyendo un problema vigente en la actualidad, a pesar de los esfuerzos desplegados por los responsables sanitarios y de la generosidad mostrada por el pueblo español.

Caracterizar a un problema con el adjetivo de "social", como hacen Chacón y cols. (1987) con la escasez de donaciones de órganos tiene importantes implicaciones teóricas y prácticas, bien conocidas por los autores; la elección de técnicas de evaluación y de métodos de intervención que permitan investigar y resolver el problema depende en gran medida de la conceptualización de dicho problema como "social", "psicológico".

"económico", "institucional", etc.; obviamente, en muchos casos resulta difícil incluir el objeto de estudio de una investigación en una sola de estas categorías. Conviene, pues, averiguar si la escasez de órganos constituye un "problema social" y, eventualmente, qué repercusiones tiene en su estudio esta conceptualización.

Para Clemente (1992), un problema social no es sino un pequeño fragmento de la conducta social, que produce una "fricción pública o una miseria privada" (Worsley, 1978) y que requiere una acción colectiva para solucionarse. Esta definición excesivamente abstracta, contiene, no obstante, dos elementos importantes: una conducta social que produce un conflicto y una acción colectiva para solucionarlo. Ambos aspectos son partes integrantes y muy significativas del problema que nos ocupa; el insuficiente número de donaciones orgánicas que se producen plantean un conflicto primario, básico, el abocamiento a la muerte de los enfermos que no consiguen la intervención que sustituya a su órgano deteriorado por otro funcionalmente válido; la solución del conflicto pasa ineludiblemente por una acción colectiva que promueva una conciencia social sobre el problema y eduque a la población sobre la forma de solventarlo, mediante la donación de órganos.

La definición más completa y operativa del término "problema social" pertenece probablemente a Sullivan y cols. (1980); para estos "existe un problema social cuando un grupo de influencia es consciente de una con-

dición social que afecta a sus valores, y que puede ser remediada mediante una acción colectiva". Más adelante, señalan los elementos fundamentales de su definición; con ello, establecen unos criterios concretos que permiten enjuiciar cuándo un problema puede ser considerado como "social".

1. El problema social requiere que una condición social sea caracterizada por un grupo con influencia social como injusta. La escasez de órganos para trasplante supone la pérdida de vidas humanas y la disminución de la calidad de vida de los pacientes que necesitan esta terapia; esta situación se percibe como injusta por aquellos grupos a los que no es posible negarles su influencia social; la administración sanitaria, la mayor parte del colectivo médico, las asociaciones de enfermos que pueden ser objeto de trasplante y los que están de acuerdo con ellos constituyen en la actualidad grupos claramente favorables al trasplante de órganos, embarcados todos ellos en concienciar a la sociedad de la importancia de las donaciones de órganos.

2. Los grupos con influencia social han de ser conscientes de la existencia de ese problema social. La conciencia sobre un problema puede variar debido a diversos factores que evolucionan a lo largo del tiempo; así, por ejemplo un problema puede convertirse en social si el número de afectados aumenta paulatinamente ("sida", accidentes de tráfico, contaminación, etc.) hasta que los grupos sociales con influencia se vean afectados directamente por sus negativas consecuencias o hasta que se

constituyan grupos de afectados que desarrollen influencia social. La donación de órganos para trasplante ha seguido una evolución semejante a la de otros problemas sociales; mientras fue una técnica experimental, el grupo de posibles beneficiarios era muy reducido y no existían grupos sociales que considerasen la escasez de órganos como problema; más adelante, en una primera etapa de expansión de la técnica del trasplante, la escasez de donaciones comenzó a inquietar seriamente a los médicos que atendían a los enfermos con patologías orgánicas irreversibles; pero aún no constituía un problema social, ya que, ni en el colectivo médico ni en las asociaciones de apoyo a los enfermos había consenso en cuanto a la eficacia del trasplante de órganos. Sin embargo, en la actualidad, la administración sanitaria, una gran parte del colectivo médico y la totalidad de las asociaciones de enfermos (muchas de ellas tienen entre sus objetivos la potenciación de las donaciones y del trasplante de órganos) consideran la escasez de órganos como el principal problema para el desarrollo del trasplante, la más eficaz y, en muchas ocasiones, la única terapia para el tratamiento de las enfermedades orgánicas; las actividades que estos grupos en favor de la donación y del trasplante son buena prueba de su concientización sobre el problema y de su compromiso para ayudar a solucionarlo.

3. Un problema, para que sea considerado "social" debe afectar a los valores del grupo que se siente afectado. El mantenimiento de la vida

humana, la rehabilitación de enfermos para su vida social, el altruismo que implica el acto de donar, etc. son aspectos éticos de fuerte implantación en el colectivo médico y en la sociedad en general, que se ven seriamente afectados por la escasez de donaciones.

4. Por último, un problema social para ser considerado como tal requiere una acción colectiva de los grupos afectados con la intención de solucionarlo. Este requisito implica que los grupos sociales que son conscientes del problema social utilicen su influencia para intentar su solución o para paliar sus efectos. En el caso que nos ocupa, todos los grupos relevantes se han mostrado especialmente activos; la administración sanitaria lleva un buen número de años interesada en concienciar a la población de la importancia de la donación de órganos y de los beneficios que acarrea el trasplante; con este objetivo ha comenzado una labor divulgativa y educativa sobre estos temas dirigida a la población en general mediante campañas publicitarias; por otra parte, diversas asociaciones de enfermos renales se han sumado a la tarea educativa y han liderado campañas de obtención de donantes mediante la firma de tarjetas que los acreditan como tales; la creación por parte del Ministerio de Sanidad de la Organización Nacional de Trasplante con la misión de coordinar los trasplantes a nivel nacional y difundir las ventajas de esta técnica tiene buena parte de culpa en el espectacular aumento de las donaciones en nuestro país, hasta situarlo en el lugar privilegiado en que se encuentra.

Otros organismos públicos como el Fondo de Investigaciones Sanitarias se han interesado también por estos temas y han apoyado decididamente los esfuerzos encaminados desde diversas áreas del conocimiento al fomento de la donaciones de órganos.

Existe, en definitiva, un problema social derivado de la necesidad de obtener nuevas donaciones de órganos que palien en alguna medida las abundantes listas de espera de enfermos necesitados de un trasplante de órganos.

2.2. Un enfoque del problema desde la Psicología Comunitaria.

La investigación que ahora nos ocupa es prolongación y parte de una investigación que durante cinco años ha tenido como objetivo el estudio sistemático de la percepción social que la población española tiene de la donación y de los trasplantes de órganos con el objetivo último de establecer principios básicos que guíen los programas educativos que incidan sobre la comunidad para propiciar un aumento de las donaciones. La tarea de involucrar a la sociedad a todos los niveles posibles en la solución de uno de sus problemas importantes, ha sido cimentada sobre exigencias y principios de la Psicología Social Aplicada y, más en concreto, desde los principios de la Psicología Comunitaria, en lo que atañe a percepción de la necesidad, participación de la población, objetivos, talante,

etc. Desde la confección del propio instrumento de recogida de información, hasta los sistemas de actuación que de ahí se derivaron, para acabar configurando programas que intenten propiciar la movilización de la sociedad, como actora y beneficiaria, en favor de las donaciones de órganos, en favor de colectivos de enfermos vulnerables desde la exclusión social y en favor, en definitiva, de sí misma.

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Barriga (1987) caracteriza a la Psicología Comunitaria (utilizando para ello el término de Psicología "Social" Comunitaria) por centrarse en "estudiar los factores psicosociales que inciden en la interacción del sujeto (individuo y grupo) con su medio ambiente (o contexto social) a fin de dotar al sujeto de los instrumentos que le permitan desarrollar su capacidad de control y dominio de dicho medio, de cara a resolver por sí mismo los problemas que le aquejan". Más adelante, señala algunos rasgos distintivos de la Psicología Social Comunitaria que tienen mucho que ver con las motivaciones, objetivos y métodos de nuestra investigación.

Rebasa el caso individual, situándolo en el contexto social, solicitando su activa colaboración con conciencia de grupo y se preocupa de evitar disfunciones, dentro de una política preventiva y de promoción de la salud, en la que participa toda la comunidad social.

Sánchez Vidal (1991) recoge también una serie de

características que, en su opinión, definen la acción desde la Psicología Comunitaria. Maximiza la participación, control y protagonismo de la comunidad. Es integradora; trata de desarrollar conductas prosociales, de ayuda y de colaboración. Es multidisciplinar. Realiza un evaluación globalizada, partiendo de la visualización del problema por parte de los miembros de la comunidad. Potencia los recursos existentes, utiliza estrategias educativas, no solamente informativas y nunca impositivas; hace descansar el "locus" de control en los miembros de la comunidad, auténticos actores en la solución del problema. Se centra colectivos o grupos de personas, no en individuos. Trabaja en la comunidad o contexto en que se genera la problemática a resolver; trabaja "desde la base" (parte de necesidades y recursos del grupo afectado) o a través de mediadores comunitarios. Utiliza un modelo conceptual y explicativo supra-individual, interactivo o transaccional, de acción y cambio social; maximiza la iniciativa y participación del propio colectivo.

Por último, Alfaro (1993), tras revisar los planteamientos de otros autores destaca características diferenciadoras del enfoque de la Psicología Comunitaria, en su intervención, que avala el modelo de intervención elegido por nosotros. Se incorpora, dice, la comunidad al proceso de detección de problemas y de generación de soluciones. "En términos generales, los destinatarios son a la vez objetos y sujetos del cambio". La intervención dirigida a vencer los problemas percibidos por los propios miembros de la

comunidad no se centra solamente "en los profesionales y su conocimiento técnico; en general se resalta el conocimiento de la comunidad. Ella es incorporada tanto en el planteamiento como en la ejecución".

Muchos de estos tópicos (participación, multidisciplinariedad, potenciación de recursos, etc.) son elementos básicos e inspiradores de la acción emprendida en la presente investigación sobre la insuficiencia de las donaciones de órganos en España; otros, sin embargo, exceden las pretensiones de nuestro trabajo aun cuando pueden ser contemplados como objetivos finales de una eventual intervención cuyas bases estamos desarrollando en estos momentos.

La Psicología Comunitaria, área desde la que surge este trabajo, tiene uno de sus rasgos más definitorios en la integración en un mismo proceso, de la "investigación-acción", del trabajo psicosocial entendido como desarrollo de teorías y modelos que expliquen la realidad junto a la intervención que trata de aportar soluciones a los problemas relevantes. Esta peculiaridad de la Psicología Comunitaria recupera y actualiza el método de investigación propuesto por Lewin (1946) de "action research" que sostenía la necesidad de estudiar la realidad social teniendo presente los problemas de los individuos y de las comunidades. Barriga (1987) señala que "es difícil justificar una investigación que no conlleve una vertiente de praxis (en su compromiso, en su vinculación a un contexto sociopolítico, etc.), pues la neutralidad científica es más un espejismo que una realidad".

Es la Psicología Social Aplicada a la que Oskamp (1984) acude como al medio para comprender y problemas sociales".

Nos vale para nuestro intento, el recurso a una acción desde la Psicología Comunitaria, que se caracteriza por constituir una intervención social cuya elaboración, desarrollo y evaluación se basan en los conocimientos teóricos de la Psicología y otras disciplinas afines y por la pretensión de cumplir, armada con este bagaje teórico y metodológico, dos tipos de objetivos: investigar la realidad social y mejorarla desde su interior; ambos aspectos se configuran como elementos inseparables de un mismo proceso de investigación-acción. Es la acción desde la "tecnología social" (Varela, 1975), afrontando los problemas con todas las complicaciones de la vida real.

La Psicología Comunitaria nos depara una forma de investigar y resolver los problemas sociales característica de la Psicología Social Aplicada, pero teniendo como preocupación metodológica fundamental y como objeto de estudio, la comunidad.

Una buena parte del proceso de obtención de datos, se hizo siguiendo esta metodología de Investigación-acción que caracteriza la intervención comunitaria. La estrategia empírica utilizada para desarrollar el cuestionario que proporcionó los datos del estudio, facilitó que los diferentes colectivos (asociaciones de enfermos, coordinadores de trasplante, responsables de la Organización Nacional de Trasplantes, etc.) directamente

relacionados con los temas del estudio y las distintas muestras de población empleadas en el proceso de perfeccionamiento del instrumento de recogida de datos, participasen activamente en la aportación de ítems, en la selección de las preguntas y en la construcción de las propias alternativas de respuesta. Esta decisiva colaboración se realizó a través de la cumplimentación de las diversas versiones del cuestionario o mediante la intervención en los grupos de discusión, debate y puesta en común que sirvieron en las fases iniciales de la investigación para enmarcar el problema en aspectos más relevantes; tal y como se detalla cuando se explican las distintas fases del proceso de elaboración y perfeccionamiento del cuestionario.

La participación de los miembros de la comunidad en el diagnóstico, en el diseño de intervención y en la solución de sus propios problemas es un rasgo distintivo de la intervención. Costa y López (1986) constatan que "la proximidad para intervenir en el diagnóstico de los problemas y necesidades de salud, y en la programación y gestión de los servicios y acciones de salud, facilita la percepción de control y por tanto la motivación para participar y la aceptación comunitaria de los programas y acciones de salud".

La intervención comunitaria, no sólo propicia mejoras en el grado de concienciación sobre los problemas de la comunidad y en el de implicación en su solución sino que, además, favorece que los miembros de

la comunidad establezcan una relación firme entre su participación activa y los resultados obtenidos. La percepción del control se convierte de esta forma en uno de los objetivos más importantes de cualquier actuación comunitaria.

Sarason y cols. (1979), citados en Martín (1988), enfocan y justifican el concepto de participación desde otra perspectiva, según las redes de intercambio de recursos entre los miembros de la comunidad, y esto es también de aplicabilidad inmediata en nuestro caso. En base a ello, adquiere especial significación el hecho de que los recursos para satisfacer las necesidades, son limitados. Que las personas poseen muchos recursos y potencialidades. Que el intercambio recíproco de recursos mejora su utilización y eficacia. Que una red de intercambio de recursos garantiza la eficiencia y es el nervio que posibilita esos intercambios.

El presente estudio sobre donación y trasplante de órganos supuso una intervención que tuvo como objetivo principal la potenciación de la participación de los grupos y de las personas implicados en la obtención de información relevante sobre el tema. La participación de los informantes conllevó un proceso activo de reflexión y de toma de decisiones, un medio para obtener información relevante y estructurada sobre la percepción social de la donación y el trasplante de órganos. pero, además, durante todo el proceso, especialmente durante los debates y "mesas-redondas" que sirvieron para la construcción inicial del cuestionario, los participantes

intervinieron activamente en sesiones y fueron sus aportaciones las que decidieron qué cuestiones era importante incluir y, en ocasiones, hasta de qué manera plantearlas; por otra parte, los datos obtenidos en cada aplicación de las distintas versiones del cuestionario, fueron estudiados y valorados por jueces (coordinadores de trasplantes, responsables sanitarios, miembros de la O.N.T., técnicos en análisis estadístico y miembros de la población general). Todas las modificaciones introducidas en el cuestionario para su perfeccionamiento en la tercera y última remodelación se basaron en los resultados de estos análisis.

El concepto de interdisciplinariedad, punto de partida inexcusable en la intervención comunitaria, adquiere en nuestro tema plena vigencia y razones de oportunidad. La escasez de donaciones de órganos para trasplante es un problema que precisa para su solución, de la colaboración de distintos profesionales que aúnen esfuerzos y conocimientos para lograr el objetivo común de incrementar las donaciones. Un somero análisis del proceso habitual de obtención de órganos refleja claramente la variedad de clases de variables implicadas en él y, consecuentemente, la necesidad de aunar las habilidades profesionales de legisladores, personal sanitario, psicólogos, juristas, etc. en el desarrollo de intervenciones que contribuyan a hacer posible la donación. El personal sanitario es el encargado de solicitar habitualmente el permiso para la extracción de los órganos de un fallecido a sus familiares; esta solicitud se realiza mediante

técnicas como la de la entrevista, objeto de estudio desde siempre, de la Psicología Clínica y Social. Por otra parte, la legislación establece las normas que deben inspirar la obtención de los órganos. Las distintas variables psicosociales, actitudes, opiniones, temores, motivación, expectativas, etc. inciden significativamente en la negativa o en la aceptación familiar de la donación y son materia de estudio constante de la Psicología Social. Los medios de comunicación juegan otro papel importante en la transmisión y divulgación de noticias sobre donación y el trasplante de órganos que inciden favorablemente en el clima social sobre estos temas, mediatizando fuertemente los comportamientos. Todo esto pone de manifiesto la importancia de establecer una colaboración permanente entre la gama amplia de los profesionales implicados en la obtención de órganos. Barriga (1991) abunda en este sentido interdisciplinar que precisa toda acción social: "el psicólogo social se preocupa de intervenir con la colaboración ineludible del equipo interprofesional, con el que comparte: la priorización de los problemas sobre las técnicas empleadas, la aceptación de la complejidad de los problemas sociales y la relativización funcional de las fronteras profesionales".

Otro aspecto importante de nuestro trabajo es el énfasis que queremos poner en los aspectos educativos como mejor vía de abordar el problema. El objetivo primordial de esta investigación, como ya se ha señalado anteriormente, es establecer los principios fundamentales que

deben guiar una intervención informativa y educativa para fomentar las donaciones. Es habitual en Psicología Comunitaria establecer estrategias de intervención educativa desde perspectivas de promoción de la salud y de potenciación de los recursos comunitarios. San Martín y Pastor (1984) subrayan la importancia de la perspectiva educativa en el abordaje de problemas relacionados con la Salud Pública y Comunitaria que "tienen que estar impregnados de una intención educativa y preventiva, ya que lo que deseamos obtener de la Comunidad es que analice y modifique sus comportamientos para hacerlos favorables a la salud". "Educación para la salud", "promoción de la salud" y "potenciación de los recursos comunitarios" son conceptos clave de la intervención social desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria.

El concepto que mejor define la filosofía que sustenta la investigación que nos ocupa es, con toda seguridad, el de "educación para la salud". Las especiales características del problema que abordamos, la insuficiencia de donaciones de órganos, favorecen la opción de utilizar estrategias informativas y educativas que ayuden a crear un clima social positivo hacia las donaciones y los trasplantes de órganos, como mejor vía para el deseado aumento de las donaciones.

Chacón (1987) señala muy acertadamente que "entre las intervenciones realizadas sobre donaciones y las efectuadas en otras áreas de la psicología de la salud existe una diferencia importante: mientras que

la mayoría de estas últimas promueven conductas que afectan principalmente al estado de salud de la persona que las realiza, en los programas destinados a aumentar el número de donantes se potencian conductas que benefician a personas diferentes a las que las realizan y a la comunidad en general". Además, el tipo de donación más frecuente en nuestro país, la donación procedente de cadáveres, plantea una curiosa paradoja: la decisión de la donación corresponde a los familiares del verdadero donante, de tal modo que el altruismo en que podría haberse apoyado para tratar de serlo, debe ser en realidad ejercido por otra persona, quizá perfectamente ajena a todo el proceso previo.

La educación, pues, de la población en estos temas se configura como el tipo de intervención más adecuado y que promete obtener mejores resultados a medio y largo plazo para abordar el problema de las abundantes listas de espera de enfermos que precisan un trasplante para aumentar su esperanza o su calidad de vida.

La oportunidad de desarrollar una intervención comunitaria en el problema de la escasez de donaciones para trasplantes ha sido claramente establecida por Costa y López (1986); estos autores, basados en las investigaciones epidemiológicas de los últimos años, definen la donación de órganos como un comportamiento que favorece la salud del receptor y que es objeto, por tanto, de programas de intervención comunitarios que aumenten este comportamiento. Estos programas deberían, en su opinión,

girar sobre tres líneas de actuación: 1) *Incidir en el Sistema Educativo.* El proceso de socialización es uno de los mecanismos más importantes para transmitir valores y normas (OMS, 1983). Estos son de vital importancia para determinar el comportamiento de las generaciones futuras respecto a la salud. 2) *Las acciones de educación para la salud han de ser globalizadoras.* 3) *Incidir en acciones que propicien el protagonismo y la participación de la comunidad.*

La intervención comunitaria en la que pretendemos que se inspire nuestro trabajo, desde planteamientos básicamente informativos y educativos, pretende optimizar la utilización de los recursos humanos para solucionar o paliar en la medida de lo posible el problema del insuficiente número de donaciones de órganos.

En este aspecto, uno de los objetivos centrales de la intervención comunitaria y, por extensión, de la presente investigación, es el de potenciar esos recursos "partiendo de la idea de que personas y comunidades tienen un potencial (material, psicológico, relacional, político-social, etc.) por desarrollar, y que puede utilizarse en la solución de los problemas sociales" (Sánchez, 1988).

Para Bayés (1982), de igual modo, la Psicología Comunitaria, en el Área de la Salud Comunitaria, ha de optar por un modelo que busque, como objetivo principal, optimizar cuantos recursos existan en una comunidad y en los individuos para el desarrollo de la salud.

Marchoni (1990) señala distintas tipologías de recursos siempre desde una óptica funcional y operativa, que podemos resumir del siguiente modo: a) Recursos existentes: son los que tenemos ya, que se pueden utilizar directamente. [...] Aquí está un primer nivel de intervención social que consiste en la mejor y más racional utilización de los recursos existentes. b) Recursos potenciales: un trabajo social comunitario tiene entre sus objetivos la búsqueda y puesta en acción de los recursos potenciales, empezando por los de la misma comunidad. En otras palabras, un trabajo comunitario no es otra cosa, a veces, que el continuo descubrimiento y la progresiva puesta en acción de esos recursos potenciales. c) Recursos públicos. Muy a menudo proceden de distintas fuentes institucionales y actúan sobre la base de programas sectoriales. Los profesionales de estos recursos son, por tanto, los primeros que deben superar, científicamente, esta traba y llegar a trabajar coordinadamente. Esta es la base para que después se pueda llegar a una coordinación más avanzada que integre también los otros recursos existentes y constituye a la vez una necesidad implícita de la acción comunitaria. d) Recursos privados que deben trabajar coordinadamente con los recursos públicos. e) Recursos voluntarios. Dentro del sector privado, pueden constituir hoy un potencial de ayuda social muy importante.

En nuestro país, a pesar de la buena disposición hacia la donación mostrada por la población española se produce un importante

desaprovechamiento de los órganos de personas fallecidas en condiciones de ser donantes; las negativas familiares en algunas regiones españolas (Extremadura, Andalucía, etc.) superan o rondan el 50% de las peticiones realizadas a los familiares de los difuntos por los equipos de coordinación, perdiéndose en consecuencia un importante número de donantes y un más importante aún, número de donaciones, si tenemos en cuenta las extracciones multiorgánicas. El pleno desarrollo de los recursos humanos potenciales debe ser objetivo prioritario de cualquier intervención que tenga por objeto aumentar las donaciones. Por otra parte, los recursos públicos (campañas informativas, perfeccionamiento de la red de coordinación de trasplante, educación y entrenamiento de los profesionales sanitarios sobre estos temas, etc.) y los recursos privados (campañas informativas y de donación, por ejemplo, en las empresas) pueden ser potenciados mediante una acción coordinada educativa cuya responsabilidad debe recaer inicialmente en los poderes públicos. Por fin, los recursos voluntarios (asociaciones de enfermos) vienen desarrollando una labor de captación de donantes y de difusión de las ventajas del trasplante; en este caso, resultaría muy deseable un reforzamiento de su actuación directa sobre el tejido social con el objeto de crear redes de apoyo social para la donación y el trasplantes de órganos; el conocimiento de opiniones, actitudes y temores de la población española sobre estos temas, objeto de la presente investigación, creemos que han de servir de un sólido punto de partida para

la potenciación de los recursos voluntarios, en su faceta educativa.

La promoción de la salud, desde una perspectiva comunitaria, según Martínez y cols. (1988) debería incluir entre sus objetivos el refuerzo de "redes y apoyos sociales" que, en opinión de estos autores, actuarían "como determinantes de actitudes, valores y conductas significativas" (Martínez y cols. 1988).

La definición de "apoyo social" más difundida y que más se aproxima a nuestro intento, quizá sea la de Cobb (1976); para este autor el apoyo social puede ser concebido como una información que: 1) LLeva al individuo a creer que se preocupan de él, que es, en su manifestación más amplia, amado. 2) Le hace pensar que es estimado. 3) Le hace suponer que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas.

El apoyo social puede tener una importante influencia en las actitudes hacia la donación de órganos y los trasplantes, como mostraron empíricamente Gäbel y Lindskoug (1987). Estos autores aplicaron un cuestionario a 783 habitantes de la ciudad sueca de Malmö sobre las actitudes hacia la donación y los trasplantes de órganos. La tabla nº 13 muestra el importante efecto que tuvo la variable "apoyo social" en las actitudes hacia la donación y el trasplante de órganos. El "apoyo social" fue operativizado en tres categorías; "malo" (personas que no consultan a nadie en caso de sufrir estrés o aflicción) "bueno" (personas que consultan a una sola persona) y "muy bueno" (consultan a dos o más personas).

Tabla n° 13: Influencia del apoyo social en la donación de órganos

PREGUNTA	APOYO SOCIAL	"Malo"	"Bueno"	"Muy Bueno"	P
1 SI	46,8	55,8	74,8		
NO	31,9	19,2	9,8		
NO SABE	21,3	24,9	15,3		
2 SI	41,3	47,1	51,3		
NO	19,6	22,0	28,0		
NO SABE	39,1	30,8	20,0		
3 SI	26,0	37,9	51,6		
NO	54,3	36,4	31,0		
NO SABE	19,6	25,6	17,0		
4 SI	32,6	40,9	49,8		
NO	45,6	30,7	23,6		
NO SABE	21,7	28,3	26,4		
5 SI	46,8	55,8	71,0		
NO	23,4	22,3	15,6		
NO SABE	29,8	22,0	13,4		
6 SI	57,0	66,5	79,8		
NO	10,6	10,2	8,0		
NO SABE	31,9	23,2	12,1		
7 SI	46,8	64,2	82,3		
NO	17,1	11,0	5,0		
NO SABE	36,2	24,6	12,6		

- 1.- ¿Puede usted aceptar la idea de que sus órganos internos sean utilizados para trasplantar después de su muerte?
- 2.- ¿Piensa ud. que a cada ciudadano (Suco) se le debería preguntar por su opinión (favorable o contraria) sobre la donación de órganos internos tras la muerte?
- 3.- ¿Está ud. de acuerdo con que las familias puedan decidir a favor o en contra de la donación de órganos si el fallecido no ha expresado su opinión sobre la donación de órganos?
- 4.- ¿Comentaría la donación de órganos de un familiar muerto que en vida no hubiera expresado ninguna opinión sobre estos temas de donación de órganos?
- 5.- ¿Encontraría usted difícil comentar la donación del corazón comparada con, por ejemplo, la donación de riñones o del hígado?
- 6.- ¿Respondería a una investigación oficial sobre actitudes de órganos, si el participante hubiera decidido que todo ciudadano muerto debería expresar su opinión (a favor o en contra) en relación a estos asuntos?
- 7.- ¿Aceptaría un injerto de órgano (riñón, corazón, hígado, páncreas) proveniente de una persona muerta si mediante el trasplante pudiera salvar su vida?

No obstante, la pobre operativización del concepto de "apoyo social" (como hemos visto, según número de personas a las que los encuestados dicen consultar en momentos de aflicción y estrés) y la escasa presencia en la muestra estudiada de personas con apoyo social "malo" impiden llegar a una conclusión sólida sobre la influencia que tiene el "apoyo social" en la determinación de las "actitudes hacia la donación y el trasplante de órganos".

Ostergren y Gäbel (1993) realizaron una investigación con 6640 estudiantes suecos de 18 años que contestaron a un cuestionario con el siguiente contenido: a) 11 preguntas neutrales sobre "actitudes" hacia donación y trasplante, con opciones "sí", "no" Y "no puedo dar respuesta", b) datos demográficos, c) 60 preguntas sobre el entorno social. Los autores calcularon tres índices de apoyo social; "Anclaje Social", definido como el aspecto cualitativo de la relación entre el individuo y su red social, así como identificación con diferentes demandas de ésta; "Participación Social" que consistió en la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos de la actividad social; y "Apoyo Emocional": capacidad de la red social para satisfacer las necesidades individuales, compartir emociones y problemas y recibir consejo y apoyo por parte de miembros de la red. Se dividió la muestra en Alto/Bajo Anclaje Social, A/B Participación Social, A/B Apoyo Emocional y Altos/Bajos Logros Académicos (basándose en esta última en las calificaciones en dos asignaturas). El análisis de resultados indicó que

el único índice de apoyo social válido para discriminar entre personas con actitudes positivas y con actitudes negativas hacia la donación de órganos para trasplante fue el de "Participación Social"; no se encontraron diferencias significativas entre sujetos de alto y bajo "Anclaje Social" ni alto y bajo "Apoyo emocional".

La investigación que a nosotros nos sirve de base ha de tener en cuenta, a tenor de lo anteriormente expuesto, la importancia del apoyo social en la promoción de la donación de órganos; en concreto, la consideración del "apoyo social" en el ámbito de la "donación de órganos" presenta una doble utilidad:

Por una parte, las conclusiones de la investigación pueden guiar la actuación de las diferentes asociaciones de apoyo a enfermos que precisan de un trasplante de órganos en su labor de divulgación a la población y de captación de donantes.

Por otra parte, los resultados obtenidos en esta investigación puede suponer un material de gran valor en el asesoramiento y en la formación de los grupos y asociaciones que tienen entre sus misiones la promoción de las donaciones. Es este sentido, en el que Katz y Hermalin (1987) señalan que los técnicos y profesionales tienen la educación, experiencia, el entrenamiento necesarios y, en cierto sentido, la obligación moral, para asesorar a los grupos de apoyo.

Por último, la labor informativa y educativa de la población sobre "donación y trasplante de órganos", importante objetivo de nuestra investigación, puede vehicularse a través de grupos de apoyo que presentan la ventaja de incidir directamente sobre el tejido social y del desarrollo en él de redes de apoyo social que transmitan permanentemente información actualizada y científicamente contrastada sobre estos temas.

El aumento de las donaciones orgánicas pasa porque la población perciba como necesario, urgente, grave y propio este problema, llevándola al convencimiento de que (Font, 1.976) la salud es un tema social, además de un problema político, cuya vertebración pasa por la participación activa de toda la comunidad, de forma solidaria.

3. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

3.1. La donación de órganos como conducta prosocial

La donación de órganos para trasplantes representa para la mayoría de las personas un comportamiento altruista. Para ellas, conceptos como solidaridad, generosidad, ausencia de recompensas, deber moral, ayuda desinteresada, etc., forman parte del amplio campo cognitivo y afectivo que define por extensión a ambos términos (altruismo y donación de órganos). Martín y cols. (1991) mostraron en un estudio psicosocial sobre la donación y el trasplante de órganos realizado sobre una muestra representativa de la población de Madrid que el principal motivo para hacerse donantes de órganos era, según los encuestados, "por solidaridad y altruismo". En dicho estudio, la población se expresaba en el sentido de que la "gente" se hace donante, principalmente, "por obligación moral", "por generosidad" y "por hacer con otros lo que querrían que hiciesen con ella"; todos estos móviles son ampliamente recogidos por los autores dedicados al estudio del altruismo e incluso son elementos básicos de algunas teorías que la Psicología Social aplica al estudio de la conducta prosocial: Hipótesis del mundo justo (Lerner, 1980, 1975, 1974, 1970). Teoría de la equidad (Berkowitz y Walster, 1976; Austin y Walster 1974;

Homans, 1974; Walster y cols., 1973). Hipótesis de las normas personales (Vander Zanden, 1989; Batson y Grey, 1981; Staub, 1978; Schwartz y Fleishman, 1978). Hipótesis de la reciprocidad (Hewstone y cols., 1990; Greenberg, 1980; Helm y cols., 1978)

La relación entre "altruismo" y "donación de órganos" ha sido puesta de manifiesto más directamente en una importante parte de los estudios actitudinales y sondeos de opinión realizados sobre donación de órganos (Martín y cols., 1991; Neel y cols., 1991; Roels y Michielsen, 1991; Wallwork y cols., 1988; Hessing y Elffers, 1987; Parisi, 1986; Hessing y Elffers, 1985; Corlett, 1985; Winkel, 1984). Los autores de estas investigaciones subrayan la influencia que tienen los motivos altruistas en la decisión final de donar órganos para trasplante.

Otros autores han subrayado la importancia de que las campañas informativas y educativas encaminadas a potenciar las donaciones orgánicas para trasplante presenten este comportamiento como un acto altruista que permite no sólo salvar la vida de muchos enfermos orgánicos terminales, sino mejorar la calidad de sus vidas (Matesanz, 1992; Neel y cols., 1991; Martín y cols., 1991; Wallwork y cols., 1988; Council on scientific affairs, 1981).

La conclusión general que se deduce de estos estudios es que la donación de órganos para trasplante puede y hasta probablemente debe ser estudiada, desde la perspectiva teórica de un comportamiento altruista. Los resultados de estas investigaciones resultarán muy útiles para planificar los

programas de intervención que tengan por objeto el aumento de las donaciones de órganos. Las variables psicosociales que, desde diversas perspectivas teóricas, han mostrado tener un importante efecto sobre la ejecución o inhibición de comportamientos altruistas, pueden resultar igualmente relevantes en la facilitación o denegación de la donación de órganos.

A pesar de que empíricamente la relación entre donación de órganos y altruismo parece estar bien fundamentada, no todo queda perfectamente claro. Dos problemas fundamentales que se plantean al abordar la donación de órganos para trasplante desde la perspectiva teórica del "altruismo" son: a) *La falta de acuerdo entre investigadores a la hora de definir y caracterizar el concepto de "altruismo"*, y b) *La escasez de estudios empíricos sobre "clasificación de conductas altruistas"*. Como más adelante expondremos las distintas definiciones de altruismo imponen otros tantos criterios para la inclusión de conductas dentro del campo de estudio de los comportamientos prosociales.

La mayoría de las investigaciones realizadas con objetivos taxonómicos han producido dimensiones clasificatorias que se solapan en gran medida y que tienen un escaso rango de aplicabilidad.

Por otra parte, los pocos estudios que han intentado ordenar y clasificar el amplio repertorio de conductas altruistas en un conjunto de categorías taxonómicas empíricamente deducidas (Chacón, 1985, 1986; Chacón y cols., 1987; Pearce y Amato, 1980; Smithson y Amato, 1982;

Smitshon, Pearce y Amato, 1983) sólo han recogido una mínima representación de la gran variedad de conductas relacionadas con la donación de órganos para trasplante.

La metodología empleada por Pearce, Amato y Smitshon con muestras anglosajonas y Chacón con muestras españolas para clasificar las conductas altruistas supone, en nuestra opinión, una manera útil y válida para abordar la clasificación de las conductas de "donación de órganos para trasplante" en el marco conceptual del "altruismo". Estos trabajos parten del supuesto de que el constructo altruismo abarca un buen número de fenómenos caracterizados, cada uno de ellos, de manera diferente e influidos por distintas variables. La clasificación de estos fenómenos exige la elección de una unidad de análisis adecuada que permita la comparación entre ellos y su agrupación en diversas categorías clasificatorias. Chacón (1985, 1986), en línea con las investigaciones de Pearce y Amato (1980, 1983) adoptó la estrategia de abordar la clasificación de conductas altruistas mediante los "episodios sociales". Los episodios sociales son definidos por Forgas (1980) como "secuencias de interacción que constituyen unidades naturales en la corriente de la conducta y que se distinguen por sus límites simbólicos, temporales y frecuentemente físicos"; su principal ventaja reside en que ofrecen la secuencia conductual completa de la acción altruista. En la sección dedicada a la clasificación de los episodios sociales relacionados con la donación de órganos abundaremos más en sus características y aplicaciones; ahora, baste adelantar

que aplicaremos el concepto de "episodio social" para clasificar los distintos comportamientos implicados en la donación de órganos.

La "donación de órganos para trasplante" puede ser descompuesta en un gran número de conductas diferentes. Algunas de estas conductas guardan una estrecha relación entre sí, pero, en otros casos las peculiaridades diferenciales son más abundantes que las características comunes. He aquí algunas: Expresión de la opinión personal favorable a la donación de órganos tras la muerte a los familiares y amigos más cercanos. Donación de dinero para financiar un trasplante de órganos fuera del país. Firma de un carnet o documento que acredite su intención de donar uno o varios de sus órganos tras su fallecimiento. Donación de un riñón o de una parte del hígado procedentes de una persona viva cuya relación con el receptor puede ser de parentesco genético (padres, hijos, hermanos, etc.), o de unión emocional o afectiva (esposa, amigos), o incluso sin lazos de parentesco o afectivos. Facilitación de la donación de uno o más órganos de un pariente fallecido.

La mayor o menor implicación personal, la importancia de los costes de la donación y los perjuicios asociados al denegar la ayuda, el efecto inmediato o diferido en el tiempo de la decisión de donar órganos, etc. son factores que inciden de manera diferente en cada una de las conductas que acabamos de describir.

De todos estos "episodios sociales" hemos seleccionado los tres quizá más representativos de la donación de órganos en España o, al menos,

los que tienen mayor incidencia directa en la obtención de órganos para trasplantes.

1. *Concesión del permiso de extracción de los órganos de un familiar fallecido, después de solicitarlo el coordinador de trasplantes del hospital donde se produjo el fallecimiento.* En España y durante el año 1992 esta forma de donación aportó el 99% de los órganos empleados para trasplantes.

2. *Donación de un riñón a un familiar que se encuentra en situación de extrema gravedad, tras petición expresa del médico que lo atiende.* Los trasplantes renales procedentes de personas vivas supusieron durante el año 1992 tan sólo el 1% del total de riñones trasplantados. Sin embargo, existen tres factores que permiten prever un considerable aumento de este tipo de trasplante. El previsible descenso de víctimas de accidentes de tráfico, la más alta histocompatibilidad entre los órganos del receptor y del familiar donante y la eficacia a corto y largo plazo de los trasplantes de donantes vivos, que parece ser mayor que la de los trasplantes procedentes de cadáveres (Plaza, 1993).

3. *La firma de una tarjeta o carnet de donante por la que una persona se compromete a donar uno o varios órganos tras su*

muerte. A pesar de que se trata de un documento que carece de carácter vinculante, su posesión puede facilitar la decisión familiar de donar los órganos del fallecido.

Durante mucho tiempo la Psicología se volcó en explicar las patologías individuales (enfermedades mentales) o sociales (delincuencia, agresión, etc.). Las investigaciones sobre comportamientos socialmente positivos tendrían que esperar hasta mediados de los años sesenta, cuando se publican los primeros estudios sistemáticos sobre conducta altruista. Antes, sin embargo, diversos autores (filósofos, economistas, psicólogos, sociólogos, etc.) habían estudiado aspectos concretos y aislados de las conductas prosociales (investigaciones sobre honestidad, desarrollo del juicio moral, empatía, etc).

En el ámbito de la Psicología las aportaciones teóricas habían sido diversas y heterogéneas; MacDougall (1908) en el primer manual de Psicología Social resaltó el papel de los "instintos simpáticos" (empáticos); Murphy y cols. (1937) subrayaron la influencia de los factores sociales de la simpatía; Allport (1954) introdujo el término empatía en sustitución del concepto simpatía, más empleado hasta el momento; Schachter y Hall (1952) y Rosenbaum y Blake (1955) estudiaron durante los años cincuenta la influencia de modelos en la conducta de ayuda; Gouldner (1960), en un antecedente más cercano a los estudios actuales, propone la generalización de la "norma de reciprocidad". Leeds (1963) establece que la "norma de dar" ayuda a explicar algunas de las

interacciones sociales. Todos estos antecedentes de los estudios sobre altruismo presentan de forma alelada muchas de las variables que influyen más o menos decisivamente en la donación de órganos para trasplante.

En 1964, según la mayoría de los autores se produce un hecho que servirá de detonante para el desarrollo de estudios sobre altruismo: el asesinato de Catherine Genovese en Nueva York y la inhibición de los numerosos testigos que presenciaron el acto criminal. La honda repercusión que tuvo en la sociedad americana este suceso aireado por los medios de comunicación impulsó las investigaciones de Latané y Darley sobre intervención en emergencias. En el mismo año que Latané y Darley publicaban los resultados de su investigación sobre los efectos del espectador, "bystander effect" en situaciones de emergencia (Latané y Darley, 1968), otro grupo de investigadores informaban de los primeros trabajos sobre donación de órganos para trasplante desde una perspectiva altruista. El trasplante de riñones era por entonces una técnica quirúrgica en constante incremento en su aplicación clínica, como objeto de investigación y en su repercusión social; en la misma época, los trasplantes de corazón que realizaba el Dr. Barnard eran objeto de atención preferente por parte de los medios de comunicación. En este propicio ambiente social, un grupo de investigadores (Fellner y Marshall, 1968; Schwartz, 1970, 1973; Marshall y Fellner, 1977; Fellner y Marshall, 1981), inauguraron una nueva línea de investigación caracterizada por el estudio del proceso cognitivo y afectivo que induce a una persona a donar en vida un riñón

(en el caso de Marshall y Fellner); estos estudios son de carácter longitudinal y realizados con muestras muy pequeñas (12 donantes renales vivos) y se basan en entrevistas cuyos resultados fueron publicando periódicamente. Schwartz, por su parte, estudia el proceso de decisión de la donación de médula ósea.

A partir de ese momento los estudios sobre altruismo han crecido incesantemente convirtiéndose en una materia importante de la Psicología Social. No obstante, pocos autores han incorporado la "donación de órganos" a sus estudios sobre conducta altruista; un análisis de las publicaciones utilizando para ello las bases de datos PSYCLIT y MEDLINE en los últimos nueve años (1984-1992) pone de manifiesto que tan sólo nueve trabajos abordan directamente algún aspecto de la donación de órganos para trasplante desde planteamientos teóricos o aplicados de los estudios sobre altruismo.

Tampoco ayuda mucho la indefinición con que nos encontramos en los autores que se ocupan del altruismo. Para González Portal (1992), "la polémica sobre su delimitación conceptual se ha centrado esencialmente en la discusión sobre si deberían o no deberían incluirse consideraciones motivacionales en la definición del constructo". Hay partidarios en considerar la conducta prosocial al margen de los aspectos motivacionales (Cvetkovich, Baumgardner y Trimble, 1984; Eisenber, 1982; Rusthon, 1980; Staub, 1978) y de incluir la motivación del acto en la definición, empleándolo como criterio diferenciador que justifique la utilización de diferentes términos (Bar-Tal, 1984,

1976; Weir y Duveen, 1981; Wispé, 1978).

Para Chacón (1985), que hizo una revisión sobre definiciones de altruismo "la discusión sobre la definición de conducta altruista se centra en tres puntos esencialmente conflictivos; si debe incluirse o no la motivación del acto en la definición; la distinción entre conducta altruista y conducta prosocial; y los requisitos que debe incluir una conducta para que sea calificada como altruista".

No obstante, esta delimitación tan precisa de aspectos conflictivos en la definición de "altruismo" es, según Chacón (1985), en gran parte, artificial; en realidad, la adopción de una posición teórica en uno de estos aspectos determina ineludiblemente la opinión en relación con los dos restantes. Baste para nuestro intento, señalar las implicaciones teóricas que uno u otro tipo de definición tienen para el estudio de la donación de órganos. En este sentido, se hace imprescindible averiguar si la concesión del permiso para la donación de órganos de un familiar fallecido y la firma de un carnet o tarjeta de donante (las dos conductas más representativas de la donación en nuestro país) pueden ser calificadas de conductas altruistas según las diversas definiciones de "altruismo" y conceptos asociados.

Los autores que definen el altruismo desde un punto de vista conductual argumentan que todo comportamiento debe definirse por sus consecuencias, es decir, por sucesos externos totalmente observables. Los motivos y las intenciones son constructos hipotéticos, no observables

directamente y por lo tanto no están sujetos a contrastación empírica ni es posible incluirlos en la definición.

Desde esta perspectiva conductual, Ruston (1980, 1981) define el altruismo "como conducta social realizada para beneficiar a otra persona más que a uno mismo". Las intenciones altruistas no son escrutables, se infieren de la conducta y del contexto social en el que tienen lugar; pero, una definición conductual del altruismo no impide buscar los mecanismos psicológicos que activan esta conducta; estos mecanismos serían estudiados en la medida en que pueden explicar algunas regularidades en las conductas altruistas.

Los otros puntos conflictivos en la definición de altruismo, distinción entre conducta prosocial y conducta altruista y requisitos que debe cumplir una conducta para ser conceptualizada como altruista, dependen en gran medida del tipo de definición de altruismo que sea aplicada.

Desde una posición estrictamente conductual, sólo la observación de que una conducta no produce beneficios externos puede servir de criterio para calificarla como altruista; los beneficios internos no son aceptados como criterio para definir una conducta como altruista lo que produce serios problemas en la interpretación de algunas conductas (Chacón 1985).

Las limitaciones del enfoque conductual facilitaron el desarrollo de definiciones de altruismo que incluían como criterio fundamental la motivación del sujeto cuando emite una conducta prosocial.

Los autores que defienden una definición motivacional parten del principio de que la característica esencial de la "conducta altruista" es la intención de ayudar o beneficiar a otras personas. Sólo conociendo el motivo es posible afirmar que la conducta es altruista. Desde esta perspectiva teórica la motivación es criterio básico que permite clasificar una conducta como altruista.

Estos planteamientos motivacionales tienden a diferenciar la "conducta altruista" de la "conducta prosocial" usando la motivación como criterio. La conducta prosocial sería independiente de la motivación (Eisenberg, 1982), mientras que la conducta altruista sería aquella conducta prosocial expresamente ejecutada para producir un beneficio en otra persona. Toda conducta altruista sería prosocial pero no toda conducta prosocial sería altruista.

Los criterios de inclusión de una conducta como altruista que señalan los autores partidarios de una definición motivacional varían ampliamente; no obstante, Chacón (1985) indica los tres criterios que mayor aceptación han tenido en la literatura sobre "altruismo" son:

- 1) *Sin recompensas para el autor.*
- 2) *Sin anticipación de recompensas externas.*
- 3) *Que suponga para el autor más costos que beneficios externos.*

Los episodios sociales de "donación de órganos" para trasplante que hemos considerado relevantes en nuestro país son la *concesión del*

permiso de extracción de los órganos de un familiar fallecido, después de solicitarlo el coordinador de trasplantes del hospital donde se produjo el fallecimiento; la donación de un riñón a un familiar que se encuentra en situación de extrema gravedad, tras petición expresa del médico que lo atiende, y la firma de una tarjeta o carnet de donante por la que una persona se compromete a donar uno o varios órganos tras su muerte, aparecen diferenciados en la aplicación de los criterios conductuales. Los dos primeros episodios sociales cumplen los criterios fundamentales que caracterizan conductualmente los comportamientos altruistas; se trata de acciones voluntarias que benefician a otras personas; consecuentemente, se tratan de comportamientos altruistas. Sin embargo, la firma de un compromiso escrito para donar órganos tras la muerte representa, sobre todo, la intención de donar órganos tras la muerte; así pues, este episodio social cumple generalmente con el requisito conductual de voluntariedad, pero, no ocurre lo mismo con el segundo requisito, ya que, carece de efecto beneficioso alguno sobre otras personas, al menos en el momento de suscribir el compromiso.

La diversidad de criterios motivacionales hace más complicado establecer si los episodios sociales sobre donación de órganos que hemos considerado relevantes pueden ser clasificados como conducta altruista. Si aplicamos el primer criterio, "que haya una ausencia de recompensas para el autor", entendiendo como recompensas sólo las externamente observables, todos los episodios sociales considerados pueden ser caracterizados como

altruistas, a excepción, en algunos casos de la "facilitación de la donación de un familiar fallecido", acción esta que podría ser "premiada" mediante el pago de los gastos de entierro del donante cadáver por parte del Centro Sanitario en donde se realiza la extracción de órganos. En los casos de donación de riñones de personas vivas y de firma de tarjeta de donante no suele haber recompensas externas y, por tanto, podrían ser incluidas entre las conductas altruistas.

Sí en el criterio se incluyen además las recompensas internas, el planteamiento se vuelve sumamente problemático; por una parte, las recompensas internas (incremento de la autoestima, decremento del sentimiento de culpa, etc.) deben ser inferidas, lo que descartaría la "objetividad" de su inclusión o exclusión entre las conductas altruistas; por otra parte y llevado a sus últimos extremos, la aplicación de un criterio tan restrictivo implicaría que un comportamiento altruista no sólo debería beneficiar a otra persona sino que no debería reportar consecuencias internas positivas a su autor; en otras palabras, una persona altruista debería beneficiar a los demás sin que ello produjese un aumento de su autoestima por su generoso comportamiento.

El segundo criterio motivacional, "que el autor no anticipe recompensas externas", resulta de difícil aplicabilidad para analizar las conductas relacionadas con la "donación de órganos". En lo que respecta a la facilitación de la donación de órganos de un familiar fallecido y a la donación

en vida de un riñón a un familiar parece muy improbable que los autores de estos comportamientos anticipen algún tipo de consecuencia positiva externa, por lo que ambos episodios sociales podrían ser calificados de altruistas; sin embargo, no es posible falsar la hipótesis de que los autores de estos dos tipos de donación posean expectativas de recompensas externas (elogios directos, ahorro en los gastos de entierro del donante, etc.). Las mismas consideraciones son válidas en el caso restante, de la firma de una tarjeta de donante; es improbable que el autor de este comportamiento tenga expectativas de recompensas externas pero no es fácil descartar esta hipótesis de manera experimental; las múltiples explicaciones alternativas referentes al desarrollo de expectativas de consecuencias positivas internas dificultan en extremo diseños experimentales que garanticen una significativa validez interna.

Por último, en relación al tercer criterio ya hemos señalado la dificultad de evaluar los costos y beneficios externos de una conducta. En este caso, cada episodio social precisaría de un análisis por separado. En primer lugar, la donación de órganos de un familiar fallecido no parece producir beneficios externos para su autor, al menos, que puedan ser observados en el momento de la concesión del pertinente permiso; el beneficio externo más evidente es el ahorro económico que supone para la familia del fallecido que el Centro Sanitario donde se produce la donación asuma normalmente con gastos de entierro del donante; no obstante, es bastante improbable que la familia del posible donante conozca este hecho en el momento de conceder el

permiso; además, en ningún estudio hasta la fecha, se considera esta posibilidad como un factor o variable que pueda influir en una actitud o comportamiento más o menos favorable a la donación de órganos en cualquiera de sus manifestaciones; en cuanto a los costes internos de este tipo de donación resultan mucho menos evidentes y pueden estar influidos por diversas variables (grado de conocimiento de la opinión del difunto, consenso o disenso entre los distintos miembros de la familia, etc.). En segundo lugar, parece evidente que los costes de la donación de un riñón en vida a un familiar con la función renal gravemente disminuida son muy altos (análisis preoperatorios, intervención quirúrgica, complicaciones postoperatorias, etc.) y, sin duda, resultan muy superiores a los beneficios externos (refuerzos verbales, etc.); sin embargo, no puede descartarse la inexistencia de recompensa económica al donante u otro tipo de refuerzos encubiertos, muy difíciles de observar. Por último, en lo que respecta a la firma de una tarjeta de donante, tanto beneficios como costes externos son aún más difíciles de observar aunque, en situaciones sociales muy interactivas pueden ponerse en evidencia algunas consecuencias positivas y negativas de este tipo de acción (apoyo social, elogios o reproches directos, etc.)

No resulta fácil establecer conclusiones definitivas sobre la inclusión de los tres episodios sociales de donación de órganos más relevantes en nuestro país como conductas altruistas. La variedad de criterios deducidos de las distintas definiciones de conducta altruista y su, generalmente, difícil

evaluación impiden un pronunciamiento definitivo basado en sólidos argumentos empíricos para su inclusión entre las conductas altruistas. No obstante, el estudio de las distintas definiciones de conducta altruista permite señalar algunas conclusiones tentativas:

- Desde el punto de vista conductual, no parecer haber especiales dificultades para considerar todos estos episodios sociales como altruistas.

- Desde la perspectiva motivacional, la existencia de una gran diversidad de criterios, más o menos restrictivos, nos induce a ser más cautos a la hora de señalar el carácter altruista de los tres episodios sociales a los que nos hemos venido refiriendo. Si se aplican los criterios de "ausencia de recompensas para el autor" y "no anticipación de recompensas por parte del autor", no parecen existir dudas razonables sobre la clasificación de los tres episodios sociales como "conductas altruistas". En el caso de aplicar el requisito de "que suponga para el actor más costos que beneficios externos" el peso de la situación social concreta (y de los costes y beneficios externos asociados a ella) en la que se toma la decisión de donar o no los órganos del familiar fallecido sería mucho mayor y la clasificación de este comportamiento como altruista no admitiría generalizaciones intersituacionales. Idéntica afirmación puede realizarse a propósito de la "firma de una tarjeta o carnet de donante". Por último, "la donación de un riñón a un familiar gravemente enfermo" se presenta como el episodio social más claramente altruista.

De acuerdo con esta opinión mayoritaria, la calificación de los diversos episodios sociales de la donación de órganos como altruistas tuvo importantes implicaciones en la preparación final del instrumento de recogida de información. Tuvimos en cuenta la necesidad de incluir variables conductuales (v.g.: situación personal del informador en relación a la donación de órganos y a la donación de sangre) junto a variables motivacionales (razones para la donación y para la no donación, que pueden ser interpretadas como costes y beneficios de la donación de órganos de un familiar); por otra parte, un buen número de ítems del cuestionario hacen referencia a variables directamente relacionadas, según diversos autores, con la conducta altruista.

Las investigaciones psicosociales sobre altruismo han estudiado conductas de ayuda muy diferentes entre sí, generalizando de forma simplista los resultados de una situación a otra, produciéndose de esta manera resultados contradictorios (Chacón, 1986). Las clasificaciones derivadas de estos estudios se han basado en criterios racionales y de sentido común para resolver problemas teóricos puntuales o para justificar un determinado experimento; en consecuencia su campo de aplicación es muy pequeño. Las investigaciones empíricas diseñadas para superar las limitaciones de las clasificaciones racionales han tratado de realizar una taxonomía de situaciones que incluyan las conductas altruistas y los diferentes marcos sociales en los que se desarrollan y han utilizado como unidad de análisis el "episodio social". Argyle (1979) define "episodio social" como un conjunto de eventos

significativos que pueden ser delimitados como unidades independientes de observación en términos de causa y efecto. La ventaja de utilizar el "episodio social" como unidad de análisis reside para Chacón (1986) es que recoge la "secuencia completa de interacción entre el individuo altruista y el que recibe la ayuda" y reúne en un concepto general el estado de necesidad previo, la conducta de ayuda y la situación global.

Según Chacón (1985) las clasificaciones dimensionales se caracterizan porque "suponen un intento de organizar, al menos parcialmente, el inmenso cúmulo de estudios experimentales que se han realizado, y ponen coto al exceso de generalización, que se ha producido en este área de investigación"; su utilidad, sigue el autor, "es indudable; en muchos casos han permitido resolver algunas aparentes contradicciones en las conclusiones de los diferentes artículos". No obstante, sus limitados objetivos han provocado una gran proliferación de taxonomías de conductas altruistas unidimensionales (como por ejemplo, ayuda directa/ayuda indirecta; emergencia/no emergencia) que, en cada caso, simplifican la realidad social del altruismo en continuos no relacionados entre sí. Siguiendo a González Portal (1992) y a Chacón (1986) las dimensiones más importantes halladas en la investigación sobre conducta altruista son:

1) Ayuda directa-ayuda indirecta

Se entiende que se ha producido ayuda directa cuando el observador (espectador para algunos autores), interviene personalmente en la

situación, ofreciéndose a ayudar. Este sería el caso de las personas que firman por iniciativa propia una tarjeta o carnet de donante o las que deciden donar un riñón ante la situación desesperada de un familiar sin que medie petición alguna por parte del médico.

Se entiende que se ha producido una conducta de "ayuda indirecta", cuando el observador no es quien ejecuta la conducta de ayuda sino que busca la colaboración de una tercera persona quien, en realidad, lleva a cabo el comportamiento prosocial concreto.

Un buen ejemplo de una conducta altruista de "ayuda indirecta" en el campo de la "donación de órganos para trasplante" es la facilitación de la donación de un familiar fallecido tras la petición explícita del equipo de coordinación de trasplante del centro sanitario donde pereció. Por otra parte, el episodio social de firma del carnet de donante resulta de difícil clasificación en esta dimensión ya que sólo puede ser interpretado en función de la situación social donde se produce; en ocasiones, algunas personas que desean donar sus órganos tras la muerte solicitan por propia iniciativa el documento de compromiso; en otros casos, responden a una solicitud de ayuda por parte de mediadores sociales (generalmente, en campañas de promoción de la donación de órganos). Por último, la donación en vida de un riñón a un familiar suele efectuarse, tal y cómo aparece expresado en el episodio social, mediando la petición expresa del médico que atiende al receptor lo que lo convertiría en una conducta altruista de "ayuda indirecta".

2) Conducta prosocial solicitada-no solicitada

Isen y Levine (1972), Deaux (1977) y Eisenberg y cols. (1984) establecieron una nueva dimensión que utiliza como criterio si la emisión de comportamientos altruistas está motivada inicialmente por una petición verbal o no verbal del futuro beneficiario de la ayuda. Se distingue aquí entre una conducta prosocial que tiene lugar en respuesta a una demanda o solicitud (habitualmente de tipo verbal) del futuro beneficiado, frente a una conducta prosocial desarrollada por parte del benefactor sin haberle sido previamente solicitada. Entre las conductas prosociales "solicitadas" se encontrarían los tres episodios sociales considerados en este estudio; no obstante, la firma del carnet de donación puede realizarse mediando la solicitud de una persona lo que la convertiría en conducta "no solicitada".

3) Identificable-no identificable

González-Portal (1992) distingue tres tipos de criterios aplicados en esta dimensión:

Criterios personales: Smithson y Amato (1983, 1982) Horowitz (1976) y Midlarsky (1984) diferenciaron las conductas altruistas según la relación existente entre el sujeto altruista y la persona que se beneficia de la conducta del primero. Desde este punto de vista, el protagonista de la conducta altruista puede ser identificable (interactuando directamente con la persona ayudada) o no identificable (no se encuentra nunca con la persona ayudada). Los tres episodios sociales de donación de órganos analizados representan

conductas altruistas anónimas donde benefactor y beneficiado no tienen ningún tipo de interacción, situación ésta que se encuentra entre las garantías legales de donantes y receptores de órganos.

Criterios situacionales: Planteados en un contexto donde además de la relación benefactor-beneficiado existan otros observadores de la situación, teniendo además conciencia o sospecha de su existencia.

4) Altruismo normativo-altruismo autónomo

Esta distinción fue originalmente planteada por Rosenhan (1970) y ha sido una de las dimensiones más ampliamente aceptada (Salazar y cols. 1980; Cialdini y cols., 1981; Kanfer y cols, 1981).

El altruismo normativo caracteriza los comportamientos altruistas motivados por una vasta red social de premios y castigos explícitos y/o implícitos. Normalmente, supone poco costo para el autor y nulo riesgo personal. Se suele dar en conductas altruistas habituales (donar dinero a instituciones benéficas, ceder el asiento en el autobús a una mujer embarazada, etc.). El altruismo autónomo trasciende generalmente de estos motivos aunque también puedan ejercer cierta influencia; sin embargo, la principal motivación es interna y suelen suponer costes importantes y riesgos personales importantes.

La dificultad de evaluar los costos de los comportamientos altruistas implicados en ellos crea bastante ambigüedad a la hora de clasificarlos; por otra parte, es muy difícil conocer hasta qué punto las personas

tienen interiorizado el conjunto de recompensas y premios sociales relacionadas con la donación de órganos. No obstante, estos episodios sociales se caracterizan por su excepcionalidad (resulta obvio que nadie dona órganos más de una vez, ni suele firmar carnet de donantes todos los días) y, en consecuencia, por la falta de experiencia personal con la que aborda estas situaciones; todo ello dificulta en alguna medida el desarrollo de expectativas de recompensas o castigos asociados a ellas que formarían parte del concepto de "altruismo normativo". Por todas estas razones, se puede afirmar que los episodios sociales considerados se acercan más al polo dimensional de "altruismo autónomo".

5) Ayuda espontánea-ayuda planificada

Benson y cols. (1980) señala que las conductas de ayuda espontáneas suponen un contacto breve con un desconocido, se presta una ayuda simple, no existe futura interacción con la persona beneficiada y la decisión de ayudar ha de ser tomada rápidamente y recae sobre personas totalmente desconocidas en ambientes no familiares. Las conductas de ayuda planificadas suponen un mayor coste de tiempo, interacciones repetidas con personas que no son necesariamente extrañas, y requieren que el benefactor busque ayudar.

La donación en vida de un riñón a un familiar, tras petición del médico que lo atiende podría ser caracterizada habitualmente como un episodio social de "ayuda planificada"; la facilitación del permiso de donación de los

órganos de un familiar fallecido representa, normalmente, una decisión que ha de ser tomada con urgencia en situaciones especialmente trágicas; casi en la totalidad de los casos las personas que toman la decisión favorable a la donación de órganos no interactúan nunca con los beneficiarios de estas donaciones y la decisión final es adoptada en un ambiente tan poco familiar como el de un centro sanitario; se hallaría, pues, más cerca de ser calificada como "conducta prosocial espontánea".

6) Ayuda en situaciones de emergencia-Ayuda en situaciones de no emergencia.

Esta dimensión puede tener un especial interés para nuestro trabajo; ha sido la más utilizado en los estudios sobre altruismo y, debido al gran volumen de investigación realizada sobre situaciones de emergencia, tiene importantes implicaciones teóricas y prácticas en la calasificación y caracterización de los distintos tipos de conductas altruistas.

Latané y Darley (1970) señalan cinco características de las situaciones de emergencia: 1ª) Implican una amenaza o un daño real para la vida o la propiedad. A causa de este peligro la intervención puede ser muy costosa e implica riesgos para el que ayuda. 2ª) Es un suceso inhabitual, anómalo por lo que las personas que han de afrontar estas situaciones tienen poca experiencia sobre ellas y sobre sus posibles soluciones. 3ª) Cada situación de emergencia es única, peculiar, distinta y precisa de un abordaje diferente. 4ª) Son hechos imprevisibles y, consecuentemente, no es posible

planificar una intervención. 5ª) Requieren que el sujeto tome una decisión urgente; la demora puede suponer trágicas consecuencias.

Pillavin y cols. (1981) caracterizan las situaciones de emergencia como: a) sucesos repentinos, sin previo aviso. b) Hechos ante los cuales hay un tiempo limitado para tomar una decisión.

Los tres episodios sociales de donación de órganos pueden ser interpretados de manera diferente en esta dimensión.

A) La facilitación o denegación del permiso familiar para la donación de órganos tras solicitud expresa del equipo de coordinación de trasplante parece cumplir tal y cómo se desarrolla habitualmente, todas las condiciones de una situación de emergencia:

- Son situaciones que implican una amenaza o un daño real para la vida o la propiedad. La petición de órganos se realiza con la finalidad, en muchos casos, de salvar la vida de una persona en peligro inminente de muerte debido a una enfermedad orgánica terminal; el criterio de urgencia es el más empleado para la selección de los receptores de la donación.

- Los familiares se enfrentan por primera vez a la necesidad de tomar rápidamente una decisión; no hay experiencias previas que supongan facilitar o denegar un permiso para extraer los órganos de un familiar fallecido que serán usados para salvar la vida de una persona desconocida.

- Este episodio social se percibe como una situación única y las

respuestas de los sujetos (en este caso de los familiares del fallecido) difieren enormemente; desde el rechazo más absoluto, reiterado y definitivo a la petición de la donación por parte del equipo de coordinación de trasplante hasta la toma de iniciativa por parte de la familia en la cesión de los órganos de su familiar fallecido, todo una inmensa variedad de reacciones individuales y grupales se desarrolla en este tipo de situaciones.

- La muerte de un familiar, generalmente en accidente de tráfico, es siempre imprevisible y la petición de un permiso para la extracción de sus órganos resulta igualmente inesperada. No ha existido planificación previa ni preparación ante una situación como la planteada en la donación de órganos de un familiar que acabe de fallecer.

- Es habitual que un enfermo en situación crítica esté esperando un órgano que le salve la vida; por otra parte, cuanto más tiempo se tarde en extraer un órgano de una persona muerta cerebralmente menos posibilidades habrá de que sea viable el trasplante de ese órgano a otro enfermo. Estas condiciones imponen que la decisión sea tomada lo más prontamente posible y que una demora en la decisión ponga en peligro el trasplante y con ello la vida del enfermo que necesita de él.

Hasta aquí hemos analizado la adaptación de las características de este episodio social a los criterios de situación de emergencia establecidos por Latane y Darley (1970); dos de ellos, el primero (implican amenaza o daño real) y el quinto (requieren una decisión urgente) coinciden con la segunda y

tercera características respectivamente de Shotland y Huston (1979); las tres restantes características de estos autores también son fácilmente aplicables al episodio social de la donación de órganos por parte de los miembros de su familia de una persona recientemente fallecida: se trata de una situación que "sucede inesperada y repentinamente", "requiere ayuda externa" y los familiares "pueden realizar una acción efectiva" y claramente perceptible. Igualmente, cumplen todas las condiciones señaladas por Pilavin y cols. (1981) y por Pilavin y cols. (1982).

B) La donación en vida de un riñón destinado a un familiar enfermo tras petición del médico que lo atiende, no puede considerarse una situación de emergencia, ya que, la toma de una decisión positiva supuso el cumplimiento de una serie de condiciones legislativas (información adecuada al enfermo de las consecuencias de su donación) y médicas (estudios exploratorios, preparación para la intervención, etc.) que impiden el cumplimiento de muchas de las condiciones antes citadas (imprevisibilidad, falta de planificación, acción inmediata, etc.). Sin embargo, tampoco es posible afirmar que nos hallemos ante una situación de no emergencia, ya que, por ejemplo no cumple con algunos de los requisitos para este tipo de situaciones señalados por Bar-Tal ("no implican una amenaza o daño real para la vida o la propiedad" y "son sucesos comunes").

C) Por último, la firma de una tarjeta de donante no cumple numerosos requisitos de las situaciones de emergencia (amenaza real,

imprevisibilidad, urgencia, etc.), pero tampoco observa la segunda característica señalada por Bar-Tal en las situaciones de no emergencia ("son sucesos comunes"), aunque obviamente se halla más cerca de esta categoría clasificatoria. Las clasificaciones dimensionales están muy lejos de servir idóneamente para clasificar las conductas altruistas. Algunas de estas dimensiones no son relevantes para la clasificación de todas las conductas prosociales; otras dimensiones tienen un rango de aplicabilidad amplio pero ambiguo. Sin embargo, las clasificaciones racionales han tenido, como señala Chacón (1985), una indudable utilidad, poniendo coto a la excesiva generalización que tradicionalmente ha caracterizado el área de los estudios sobre altruismo y, lográndose con ello, una progresiva delimitación de áreas y objetivos de investigación más productivos.

En lo que se refiere a la donación de órganos, la clasificación de los episodios sociales en las distintas dimensiones permitió caracterizar cada uno de estos episodios sociales como conducta prosocial. Por ejemplo, la "concesión del permiso de extracción de los órganos de un familiar fallecido, después de solicitarlo el coordinador de trasplantes" podría ser definido como una conducta altruista "indirecta", "solicitada", "no identificable", "en situación de emergencia" y "de ayuda espontánea". Permite también extraer conclusiones teóricas de gran interés para el desarrollo de la investigación. La caracterización del episodio social de donación de órganos más habitual e importante en nuestro país, "concesión el permiso de extracción de los órganos

de un familiar fallecido, después de solicitarlo el coordinador de trasplantes", como conducta prosocial realizada en situación de emergencia tiene importantes repercusiones teóricas.

La clasificación de conductas altruistas a través de una estrategia empírica, se debe a las investigaciones (recogidas en Chacón, 1985, 1986) de Pearce, Amato y Smithson (Pearce y Amato, 1980; Smithson y Amato, 1982; Smithson, Pearce y Amato, 1983). Los resultados obtenidos en sus investigaciones permitieron hallar dos dimensiones clasificatorias en las conductas altruistas:

- * Ayuda planificada -- Ayuda espontánea

- * Ayuda importante --- Ayuda no importante

Chacón (1985, 1986) replicó las investigaciones de Pearce, Amato y Smithson realizando con esta finalidad la traducción y adaptación a la realidad española de las 44 conductas de ayuda utilizadas por Smithson y Amato (1982). Los resultados obtenidos por Chacón (1985) le permite concluir que los resultados obtenidos en esta investigación "permiten afirmar que los evaluadores siguen dos criterios fundamentales, a la hora de discriminar entre diferentes episodios de ayuda. Estos criterios corresponden a dos continuos: "Situación importante -- Situación no importante" y "Ayuda planificada --- Ayuda no planificada".

Como ya hemos visto, los episodios sociales relacionados con la donación de órganos que hemos seleccionado como más relevantes en nuestro

país pueden ser caracterizados según las dos dimensiones principales extraídas de las investigaciones de Pearce, Amato y Smithson y de Chacón.

1) "Aceptación por parte de los familiares de un donante potencial de la petición por parte del coordinador de trasplantes para proceder a la extracción los órganos del fallecido". Es posible hipotetizar que los evaluadores caracterizarían este episodio social como "ayuda importante" y como "ayuda no planificada".

2) "Donación en vida de un riñón procedente de un familiar del enfermo renal en situación de extrema gravedad, tras petición expresa del médico que lo atiende". Este episodio social tiene importantes semejanzas con el relativo a la donación de médula ósea en la investigación de Chacón y que dice "donar médula ósea a una persona desconocida, gravemente enferma, después de que te lo pidiera un médico, aunque sabes que es un proceso doloroso". Hay una diferencia importante entre ambos episodios; en el caso de la donación de médula se explicitan los altos costes de la conducta altruista ("aunque sabes que es un proceso doloroso") lo que sin duda influye en la percepción como "importante" de este tipo de ayuda. En cualquier caso y a pesar de esta diferencia, se puede hipotetizar que el episodio social sobre donación en vida de un riñón a un familiar necesitado de él para sobrevivir será percibido como una "ayuda importante" (una parte importante de la gente está más familiarizada con este tipo de donaciones y conoce el alto coste que tiene para el donante).

3) "Firma de una tarjeta o carnet de donante por la que una persona se compromete a donar uno o varios órganos tras su muerte". Su inclusión en una investigación sobre clasificación de conductas de donación de órganos permitiría averiguar dos aspectos aún confusos: hasta qué punto es percibida como si de una conducta altruista se tratase y, eventualmente, su clasificación entre los comportamientos prosociales.

Una de las principales conclusiones que pueden extraerse de las investigaciones sobre clasificación de los distintos tipos de conducta altruista es la necesidad de evitar las generalizaciones entre distintas conductas altruistas que sólo tienen en común el beneficio que causan a una o varias personas; los estudios sobre clasificación de conductas prosociales buscan agrupar esta diversidad en categorías o dimensiones que estén afectadas por las mismas variables psicosociales.

Chacón y cols. (1987) realizaron una clasificación de las conductas relacionadas con la donación desde una perspectiva psicológica y racional. Para ello, utilizaron dos criterios clasificatorios:

1) Persona que toma la decisión de donar.

- La persona a la que pertenecen los órganos o tejidos. En este caso, los autores dividen las donaciones siguiendo otros dos criterios; *momento en el que es efectiva la donación*. La donación puede efectuarse en vida o tras la muerte; y *posibilidad de repetir la donación* (el único caso es la donación de sangre).

- La familia del potencial donante.

2) Nivel de presión experimentado hacia la donación. Con dos niveles: presión alta y presión moderada. Los autores señalan que esta variable debe considerarse como un continuo; no obstante, el hecho de que en toda donación haya cierta presión les induce a señalar dos categorías (presión alta y presión moderada). El concepto de presión fue operativizado en tres factores, la *importancia de la donación* (es decir, si ésta es de vital importancia para el receptor o no, independientemente del órgano donado), la *presión temporal* (disponibilidad de tiempo para tomar una decisión) y el *grado de relación existente entre donante y receptor* (generalmente, una mayor relación produce una mayor presión para el donante).

Estos criterios permiten clasificar la conductas de donación tal y como indica la tabla nº 14.

PRESIÓN HACIA DONACIÓN	PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN DE DONAR		
	EL PROPIO DONANTE		LA FAMILIA
	<i>Donación en vida</i>	<i>Donación de cadáver</i>	
ALTA	<ul style="list-style-type: none"> - Donación de riñón. - Donación de médula ósea. - Donación de una parte del hígado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Firma de la tarjeta de donante 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitación del permiso de donación
MODERADA	<ul style="list-style-type: none"> - Donación de sangre 	<ul style="list-style-type: none"> - Declaración en el Registro de Voluntades de los Centros Sanitarios al ingresar o durante su estancia en él 	

TABLA Nº 14 : CLASIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS MÁS HABITUALES DE DONACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS TAXONÓMICOS DE CHACÓN Y COLS. (1987)

A pesar de que esta clasificación supone una importante clarificación conceptual en el campo de la donación no está exenta de algunos problemas teóricos. En realidad, no es una clasificación exhaustiva.

Algunas afirmaciones pueden ser interpretadas teóricamente de manera muy diferente. Los autores afirman que, generalmente, un mayor grado de relación existente entre donante y receptor produce una mayor presión para el donante. Sin embargo, es posible sostener la hipótesis contraria apelando al conocido fenómeno de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957; 1980); desde esta perspectiva, cuanto menor sea la relación entre donante y receptor, más incongruente será la decisión de donar en vida, por ejemplo, un riñón; en este caso, se desarrollará mayor disonancia entre dos cogniciones incongruentes ("donar un riñón a un enfermo poco relacionado con el donante" y "la donación de un riñón puede causar graves trastornos y molestias") que si la donación se plantea para una persona con la que se mantiene una relación más próxima; por otra parte, el sentido común parece indicar que una relación padre-hijo entre donante y receptor provocará menor presión en el donante a la hora de tomar una decisión favorable a la donación que en los casos donde dicha relación sea menor.

No se indican los respectivos pesos de los tres factores considerados en la determinación del "nivel de presión experimentado hacia la donación".

No incluye los criterios derivados de las investigaciones empíricas.

Sin embargo, Estos problemas no desvirtúan el apreciable mérito de esta clasificación que permite diferenciar entre diversos episodios sociales de donaciones; por otra parte enfatiza la influencia de algunos factores psicológicos en las donaciones.

CONCLUSIONES SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS ENTRE LAS CONDUCTAS ALTRUISTAS.

Existen importantes problemas de clasificación de la gran diversidad de conductas altruistas que dificultan la clasificación de las distintas conductas de donación de órganos. La mayoría de los intentos de clasificación de conductas altruistas ha utilizado una estrategia racional y han producido un buen número de dimensiones taxonómicas de alcance muy limitado.

2.- El concepto de episodio social puede resultar la estrategia más adecuada para clasificar los distintos comportamientos relacionados con la donación de órganos. Su principal ventaja es que muestra la interacción completa entre donante y receptor, favoreciendo una percepción holística y social de la donación de órganos.

3.- Las dimensiones utilizadas para clasificar conductas altruistas pueden ser aplicadas para caracterizar los diferentes episodios sociales relacionados con la donación de órganos; además, permiten disponer de un marco de referencia teórico que limite la generalización de variables que influyen en cada conducta a los comportamientos que compartan con ella una posición similar en las distintas dimensiones. Mediante la aplicación de estas dimensiones a la caracterización del episodio social que se refiere a la facilitación del permiso de extracción de los órganos de un familiar fallecido (el más frecuente e importante en nuestro país) en las distintas dimensiones, tiene importantes repercusiones teóricas (la dificultad de un abordaje actitudinal de

un conducta altruista de la que no se tiene experiencia previa).

4.- La estrategia empírica de clasificación cognitivo-dimensional de conductas altruistas utilizada por Amato, Pearce y Smithson con muestras australianas y norteamericanas y por Chacón en su replica con muestras españolas mediante la utilización de episodios sociales, permite la realización de una taxonomía basada en la percepción de los sujetos (evaluadores) de secuencias conductuales básicamente interactivas. Mediante esta estrategia se enfatiza el factor subjetivo y social de las conductas evaluadas, hechos de especial importancia para nosotros.

5.- Las dos dimensiones halladas en todas las clasificaciones empíricas que permiten diferenciar las episodios sociales altruistas ("Ayuda importante" -- "Ayuda no importante" y "Ayuda planificada -- Ayuda espontánea") sirven igualmente para discriminar y caracterizar los episodios sociales más relevantes sobre donación de órganos para trasplante:

** "La aceptación o denegación por parte de los familiares de un donante potencial de la petición por parte del coordinador de trasplantes para proceder a la extracción los órganos del fallecido". Sería una conducta altruista "importante" y "espontánea".*

** "La donación en vida de un riñón procedente de un familiar del enfermo renal en situación de extrema gravedad, tras petición expresa del médico que lo atiende". Podría caracterizarse como una conducta "importante" y "planificada"*

** "La firma de una tarjeta o carnet de donante por la que una persona se compromete a donar uno o varios órganos tras su muerte". Es el episodio social que plantea más problemas a la hora de su clasificación; su relación indirecta con la donación de órganos y el hecho de que represente más una intención conductual que una conducta en el ámbito de las donaciones impide una caracterización precisa y plantea dudas sobre su calificación como conducta prosocial. Se hace preciso incluir este episodio social en un estudio empírico que nos permita afirmar la percepción social que se tiene de él.*

6.- La clasificación de Chacón ayuda a situar las conductas relacionadas con la donación en relación a criterios psicológicos de interés.

7.- Una aplicación de la técnica empírica de episodios sociales de Pearce, Amato y Smithson a la clasificación de los diferentes comportamientos relacionados a la donación de órganos para trasplante, sería de sumo interés tanto para clasificarlos adecuadamente como, sobre todo, para determinar cómo percibe la población en general cada una de ellas y qué relaciones guardan entre sí. La realización de investigaciones sobre el tema facilitaría el desarrollo de programas de intervención comunitarios para fomentar los distintos tipos de donaciones.

Un objetivo importante de esta investigación es facilitar el desarrollo de programas de intervención educativa que contribuyan a que la población española perciba la donación de órganos como un acto altruista y

solidario y, consecuentemente, llegado el momento de la muerte de un familiar, faciliten la donación de sus órganos.

La intervención educativa pasa, en este punto, por el conocimiento de aquellas variables psicosociales que, desde la perspectiva de los estudios sobre conducta prosocial, puedan influir de forma más decisiva en el aumento de las donaciones de órganos pertenecientes a familiares fallecidos.

Los investigaciones que han estudiado la variable "diferencias sexuales" en relación a la conducta altruista han encontrado resultados contradictorios; algunos autores encuentran diferencias significativas en favor de los hombres (Austin, 1979; West y cols., 1975); otros, encuentran que ayudan más las mujeres (Nadler y cols., 1979; Enzle y Harvey, 1979); por último, algunos autores no encuentran diferencias significativas (Refering y Bird, 1979; Baker y Reltz, 1978); sin embargo, según Chacón (1985), "esta aparente contradicción se aclara si tenemos en cuenta el tipo de conductas de ayuda. Cada persona ayuda más en tareas relacionadas con sus roles sexuales".

Otra variable, la empatía ha sido definida por Rusthon (1984) como "la experimentación del estado emocional de otra persona; se dice que existe un estado de empatía entre A y B si A empareja sus sentimientos con los de B". Este proceso social de identificación emocional ha sido propuesta por numerosos autores (Einsenberg y Mieller, 1987; Rushton, 1984; Matthews y cols., 1981; Buckley y cols., 1979;) como uno de los principales determinantes de la conducta prosocial.

La "empatía" ha sido abordada desde una perspectiva cognitiva o afectiva (González-Portal, 1992). Desde una perspectiva cognitiva se consideran prerequisites de la empatía el "reconocimiento de emociones del otro" y la "asunción de rol". El "reconocimiento de emociones del otro" parece ser un elemento necesario pero no suficiente; este factor está influido principalmente por habilidades de detección de emociones, a través de diferentes canales de comunicación y la utilización de información específica situacional. Para Hoffman (1982) la "asunción de rol" sería propiamente el factor cognitivo de la empatía; diversos autores (Underwood y Moore, 1982; Hoffman, 1982; Batson y cols., 1981; Coke, Batson y McDavis, 1978) describen la "asunción de rol" como un proceso social que permite al observador ponerse en el lugar de la persona que sufre una necesidad, aumentando con ello, la probabilidad de que reconozcamos esta última y actuemos en consecuencia.

En relación con la donación de órganos procedentes de cadáveres, una adecuada presentación a los familiares del estado de necesidad y de sufrimiento en el que se encuentra el receptor del órgano que se les solicita puede desarrollar reacciones empáticas. Desde el punto de vista emocional, se trataría de, una vez aceptada la muerte del familiar, "direccionar" las emociones de los familiares del fallecido hacia la identificación con el sufrimiento de la familia del receptor de la donación que se encuentra en una situación igualmente trágica (a punto de perder a un ser querido). Por otra parte, resultaría muy aconsejable que los familiares responsables de tomar una

decisión en relación a la donación de los órganos del fallecido comprendieran que tienen la capacidad directa de salvar la vida de una persona enferma y de ayudar a sus familias.

Otra variable importante es la activación emocional y fisiológica que experimentan los familiares del fallecido en el momento de la petición del permiso de donación facilitarían la conducta altruista; Pillavin y cols. (1981) formularon un modelo de reducción del distress como motivación de la conducta de ayuda; estos autores predicen que la gente ayudará más rápidamente y más vigorosamente cuanto mayor sea el "arousal" que experimentan cuando observan una víctima en situación de emergencia; esta relación entre activación fisiológica y conducta de ayuda está mediada por los costes de la ayuda (que de ser percibido como importantes, impedirían la realización de la conducta altruista). Desde una perspectiva aplicada, la persona encargada de solicitar la donación a las familias de pacientes fallecidos, debería aprovechar la gran activación emocional que sufren los parientes de los difuntos para presentar la conducta altruista de donación como un acto solidario e imprescindible para salvar la vida de otra persona, y que, sin embargo, tiene muy bajos costes personales.

La autoestima es otro factor de importancia a tener en cuenta. Algunos investigadores (Chacón, 1985) consideran que la realización de actos altruistas eleva el nivel de autoestima; la totalidad de los modelos teóricos sobre conducta prosocial reconocen que la elevación de la autoestima es la

principal recompensa interna de los sujetos altruistas (Bierhoff y Klein, 1990; Pillavin y cols, 1981; Rosenhan, 1978); así, por ejemplo, Fellner y Marshall realizaron estudios longitudinales con donantes de riñón en vida (Fellner y Marshall, 1970, 1982; Marshall y Fellner, 1977) en los que mostraron cómo tras la intervención aumentó su autoestima, efecto éste que perduró en el tiempo durante años y que no parece relacionarse con una mayor atención recibida por el ambiente familiar y social. A su vez, diversas investigaciones (Mahoney y Pechura, 1980; Benson y cols, 1980) encontraron que las personas con autoestima elevada tienden a realizar más conductas altruistas. Estos resultados han llevado a proponer la "autoestima alta" como una característica de la personalidad altruista (Wilson y Petruska, 1984; Staub, 1978)

La donación de órganos tras la muerte ha sido estudiada en relación a la autoestima. Una serie de investigaciones de Hessing y Elffers (1983, 1985, 1987) intentaron averiguar los efectos de la "Autoestima General" y de la "Autoestima Física" en la donación de órganos tras la muerte (variable operativizada según la posesión o no del carnet o tarjeta de donante); además, también se estudió la importancia de dos variables que representaban los costes que la donación de órganos representaba para el potencial donante; Estos "Costes de la Ayuda" fueron operativizados como "miedo a la muerte". Los resultados más importantes obtenidos apoyaban, en opinión de los autores, la hipótesis del carácter multidimensional de la autoestima así como la importancia de los efectos de los costes y beneficios de la ayuda sobre la

autoestima y el comportamiento altruista.

El aumento de la autoestima tras la ejecución de una conducta altruista es una variable muy difícil de manipular en beneficio del aumento de las donaciones de órganos en la dinámica de petición del permiso a las familias de los fallecidos. Este tipo de situaciones se caracterizan por ser en la mayoría de los casos, únicas e irrepetibles; estas peculiaridades impiden que la recompensa interna (aumento de la autoestima) producida por la facilitación de la donación se generalice a otras ocasiones. No obstante, es posible utilizar con los familiares de los potenciales donantes fallecidos el argumento emocional de que la experiencia acumulada indica que se van a sentir mejor ayudando a salvar una vida.

Por otra parte, el aumento de la autoestima de los donantes o facilitadores de la donación de órganos, puede ser un buen argumento propagandístico de los efectos positivos de la donación de órganos y puede formar parte de programas educativos diseñados para mejorar el clima social sobre las donaciones.

El cumplimiento de los objetivos de la nuestra investigación pasa por el conocimiento de los motivos que favorecen o dificultan la donación de órganos. El cuestionario por nosotros aplicado recoge los que fueron considerados más relevantes y representativos por los sujetos que colaboraron en el desarrollo de este instrumento; el análisis de las preguntas destinadas a indagar los motivos por los que uno mismo u otras personas se hacen

donantes de órganos nos permitirá, además, estudiar indirectamente los beneficios que los encuestados perciben en la realización de este tipo de comportamiento altruista; por otra parte, las preguntas que versan sobre la razones para no donar órganos aportarán una valiosa información sobre los llamados "costes de la ayuda", situaciones o circunstancias que los encuestados consideran obstáculos para la donación y que relacionan negativamente con respecto a la "donación de órganos".

Una de las normas sociales que diversos autores (Meyer y Mulherin, 1980; Berkowitz, 1973; Robinson y Shaver, 1973; Berkowitz y Daniels, 1963) aplican a la explicación del comportamiento altruista se denomina "norma de responsabilidad social" que la que "las personas deberán ayudar a aquellos que dependen de su ayuda" (Bierhoff y Klein, 1992). La observancia de esta norma depende de la conciencia del modelo normativo y de la motivación para actuar de acuerdo con él (Berkowitz y Connor, 1966); uno y otro factor dependen sobre todo de factores situacionales (Bierhoff y Klein, 1992). Por ejemplo, se producen más respuestas altruistas cuando los problemas que padece la víctima, se perciben como provocados por factores externos a ella (enfermedad, accidente no provocado, etc.), que cuando el potencial benefactor percibe que sus causas son de origen interno (negligencia, personalidad agresiva o temeraria, etc.).

Las situaciones en las que se aplica habitualmente la norma de responsabilidad social se caracterizan por seguir una pauta interactiva de

"contingencia asimétrica" (Bierhoff y Klein, 1992). En estas situaciones la relación que se establece entre potencial benefactor y víctima, es asimétrica; el primero tiene poder social para satisfacer importantes necesidades de la víctima, mientras que la víctima carece de poder social para influir directamente en su potencial bienhechor.

La vinculación positiva entre "conducta altruista" y "Responsabilidad Social" ha sido verificada en numerosos estudios (O'Connor y Cuevas, 1982; Rushton y cols. 1981; Benson y cols. 1980; Zuckerman y cols., 1978); sobre todo, esta relación se ha encontrado en conductas "no espontáneas" (Chacón, 1985).

Las intervenciones educativas en donación de órganos, desde esta perspectiva, deberán esforzarse en transmitir a la opinión pública la dependencia del enfermo orgánico terminal de la ayuda de las personas que se encuentren en situación de donar o de favorecer la donación. Por su parte, las personas encargadas de solicitar los permisos de los familiares de un fallecido en situación de donar sus órganos deberán tener en cuenta la utilidad de vincularlos afectivamente con los pacientes necesitados de trasplante y de presentar a estos como víctimas de circunstancias ajenas a su control.

Lerner (1970, 1974, 1975, 1980) establece la hipótesis del mundo justo que intenta explicar la tolerancia social hacia el sufrimiento de algunas personas en determinadas situaciones. Esta hipótesis parte de que las personas al enfrentarnos diariamente al mundo físico y social, necesitamos

creer que nos comportamos de forma ordenada y siguiendo leyes justas. La hipótesis del mundo justo tiene importantes implicaciones teóricas en el estudio de los determinantes de las negativas familiares a donar los órganos de los parientes fallecidos. Parece necesario comprobar si los "mecanismos de defensa" hipotetizados por el autor pueden estar en la base de algunas de las negativas a la donación de órganos. Por otra parte, las dos condiciones que establecen Lincoln y Levinger (1972) para eludir el sufrimiento de la víctima (del enfermo terminal) aconsejan tomar en consideración la adopción de dos medidas encaminadas a provocar el efecto opuesto, la ejecución de conductas altruistas (donación personal de órganos o facilitación de la donación de un familiar fallecido) que ayuden a la víctima a solucionar su problema:

- Persuadir al observador de que el sufrimiento de la víctima terminará con su actuación.
- Convencer al potencial benefactor de su capacidad para ayudar a la víctima.

Ambas estrategias pueden ser incluidas en campañas de promoción de la donación y en intervenciones educativas y pueden formar parte del protocolo de los coordinadores de trasplante en el momento de solicitar la donación.

Otra perspectiva de abordaje del estudio del altruismo enfatiza la importancia de las normas personales en el comportamiento prosocial. Schwartz (1978, 1977, 1975, 1974, 1973) estableció las bases conceptuales de

los estudios sobre normas personales; entre ellas, y relacionadas con el tema que nos ocupa, merecen citarse las siguientes: Las creencias normativas se aprenden mediante un proceso de aprendizaje social. Puesto que los individuos difieren con respecto a su aprendizaje social de valores y reglas socioculturales, cada persona desarrollará un sistema único y peculiar de valores y creencias normativas. Los individuos construyen normas personales que pueden definirse como expectativas sobre el comportamiento que está obligado a realizar en situaciones específicas. Los individuos construyen normas diferentes para situaciones distintas en momentos también distintos.

A partir de estos planteamientos teóricos, Schwartz y Howard (1981) propusieron un modelo procesual de altruismo constituido por cinco fases sucesivas y que sintetizaba una buena parte de los determinantes de la conducta altruista hallado en la investigación psicosocial; las fases que especifica este modelo son:

- 1) Activación. Esta primera fase incluye reconocimiento de la necesidad de ayuda de otra persona, selección de una acción altruista que el observador considere eficaz y autoatribución de competencia.

- 2) Motivación. En esta fase se desarrollaría una norma personal y unos sentimientos de deber moral.

- 3) Evaluación anticipada. Durante esta fase el potencial sujeto altruista calcula cualitativamente los costes (sociales como la desaprobación, físicos como el dolor, económicos, etc.) y beneficios (sociales, económicos,

aumento de la autoestima, etc.) potenciales que le reportará la acción seleccionada en la fase primera; sólo en el caso de que la evaluación dé un resultado positivo será probable la conducta altruista.

4) **Proceso de defensa.** Constituye la fase más importante en el modelo de Schwartz y Howard (1981). En ella, individuo potencialmente altruista desarrolla procesos de defensa cognitivos siempre que en fase de evaluación no hubiese llegado a una decisión; en estos casos los mecanismos de defensa reducen la probabilidad de respuestas altruistas. Los principales mecanismos de defensa se corresponden uno a uno con los distintos procesos inferidos en las fases anteriores: negación de la necesidad; negación de que exista una acción eficaz para ayudar a la víctima, negación de la capacidad personal del observador para intervenir; y negación de la responsabilidad personal (este proceso resulta ser el mecanismo de defensa más habitual, sobre todo, en situaciones de emergencia, Montada, Dalbert y Schmitt, 1987).

5) Conducta.

El modelo de Schwartz y Howard (1981) implica que la probabilidad de realizar conductas altruistas dependerá de un proceso cognitivo de toma de decisiones y de evaluación de alternativas conductuales. Por tanto, este modelo resulta aplicable fundamentalmente a la explicación de conductas altruistas que necesiten para su realización la elaboración racional y la evaluación de alternativas conductuales; esta hipótesis ha sido verificada por diversos autores que han encontrado una vinculación positiva entre diversos procesos incluidos

en el modelo de Schwartz y Howard (1981) y conductas altruistas planificadas; en concreto, Schwartz (1970, 1973) encontró correlaciones significativas entre "adscripción de la responsabilidad" y "normas personales" y la conducta de "donar médula ósea", que como ya hemos indicado presenta unas características muy semejantes a la donación renal en vida. Por otra parte, la claridad conceptual de este modelo y su caracterización de los distintos procesos que lo conforman resultará de mucha utilidad en la planificación de intervenciones informativas y educativas; especial importancia tendrá en el desarrollo de esta labor, la consideración de los "mecanismos de defensa" que pueden dificultar o impedir las donaciones de órganos o la firma de tarjetas de donantes.

Homans (1974) establece en su Teoría de la Equidad (o de la Justicia Distributiva) que todas las personas tenemos una idea de lo que es justo o injusto; estos conceptos son desarrollados a partir de lo que cada individuo percibe que aporta y los resultados que obtienen con dichas contribuciones. Si las personas perciben que se encuentran en una relación desigual, procurarán superar su malestar restaurando la igualdad (Walster et al., 1973; Austin y Walster, 1974; Berkowitz y Walster, 1976). Esto puede lograrse de dos maneras:

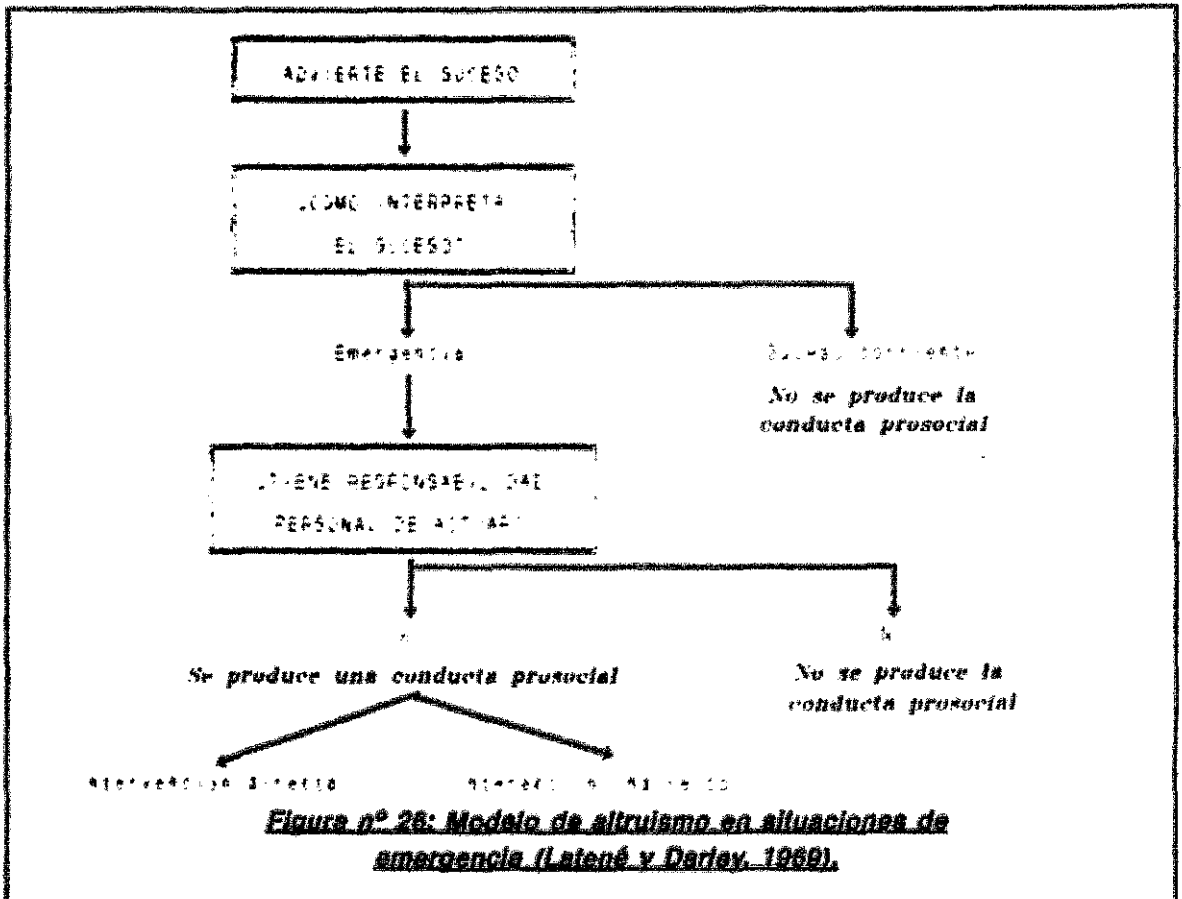
a) Restaurando la equidad efectiva; modificando, para ello, los resultados propios, las contribuciones propias, los resultados de los otros o las contribuciones de los otros. b) Restaurando la equidad psicológica, deformando

para ello, su percepción de los resultados y aportes propios y ajenos.

Esta Teoría propone nuevamente un análisis de costes/beneficios como mecanismo inductor de las conductas prosociales; sin embargo, enmarca dicho análisis en procesos de "comparación social". Desde esta perspectiva teórica, los programas educativos sobre "donación de órganos" deberían tener en cuenta la necesidad de presentar la facilitación del permiso de donación de un familiar fallecido, la donación renal en vida y la firma de un carnet o tarjeta de donante como conductas equitativas que producen resultados proporcionales a sus contribuciones; de ello, se deduce que sería preciso ensalzar con igual énfasis la donación de órganos y sus positivas consecuencias.

Los primeros estudios sobre altruismo se centraron en indagar los determinantes de conductas prosociales en situaciones de emergencia (Darley y Latané, 1968; Latané y Rodin, 1969; Rodin y Pillavin, 1969; Moriarty, 1969; Latané y Darley, 1970a, 1970b). De estas primeras investigaciones surgió el llamado "efecto del espectador" (Darley y Latané, 1968; Latané y Darley, 1968) que relacionaba negativamente el número de personas que se hallaban presentes en una situación de emergencia con la frecuencia de aparición de conductas de ayuda a la víctima. El "efecto del espectador" fue replicado en numerosas investigaciones y dio lugar a una gran cantidad de estudios. A partir de los datos de estas investigaciones Latané y Darley (1968) establecieron un modelo de altruismo en situaciones de emergencia. Según estos autores, antes

de que los espectadores resuelvan intervenir en una emergencia, deben dar una serie de pasos preliminares (figura nº 26):



1) Ante todo los observadores deben advertir el suceso; en esta fase los procesos de atención juegan un papel importante.

2) En segundo lugar, deben interpretarlo como una emergencia. Los procesos de atribución pueden ser fundamentales para interpretar un situación como emergencia.

3) En tercer lugar, deben decidir que tienen la responsabilidad personal de actuar en tales circunstancias. En determinadas circunstancias, las

normas que motivan la intervención pueden debilitarse en esta tercera fase del proceso decisorio (Latané y Nida, 1981; Mynatt y Sherman, 1975). Si hay otras personas presentes, puede producirse una dispersión de la responsabilidad de modo tal que tanto la obligación de asistir como la culpa potencial por no hacerlo se reparten entre todos. En esta fase podrían desencadenarse los "mecanismos de defensa" propuestos por Schwartz y Howard (1981) o los procesos de "restauración de la equidad" defendidos por Lerner (1980).

En cualquiera de estas etapas preliminares, el individuo puede retraerse del proceso de decisión y abstenerse de ayudar.

Por último, los autores señalan otras dos etapas que se refieren a cuestiones de tipo más práctico: qué hacer y cómo hacerlo. La intervención puede ser directa (realización de la ayuda por parte del observador) o indirecta (petición de ayuda a otras personas o instituciones que el observador considera con mayor capacidad para asumir la responsabilidad).

Otros investigadores (Latané y Darley, 1976; Schwartz y Gottlieb, 1976) se dirigieron a estudiar los procesos sociales que provocan la inhibición social del altruismo en situaciones de emergencia. Los datos empíricos recogidos en estas investigaciones hallaron tres tipos de procesos que dificultan o impiden la ayuda en este tipo de situaciones:

Difusión de la responsabilidad. Cuando hay un sólo observador en la situación de emergencia, ésta persona siente que la responsabilidad recae sobre ella; cuando hay otros observadores, la responsabilidad se atenúa. Este

efecto aumenta con el número de observadores (Latané, 1981); además, la inhibición conductual aumenta considerablemente cuando se percibe que en la situación de emergencia hay observadores más competentes.

Gottlieb y Carver (1980) señalaron dos procesos que reducían el "efecto del espectador":

Por una parte, la dispersión de la responsabilidad puede disminuir si la gente se compromete de antemano a ayudar al prójimo en determinadas circunstancias. "Presumiblemente, el compromiso adquirido reduce al mínimo la necesidad de tomar una decisión propia y libera al individuo del conflicto, con lo cual produce una mayor respuesta de su parte en caso de suceder una emergencia" (Vander Zanden, 1989). Este proceso puede ser muy relevante en el tema de las donaciones de órganos; en concreto, las tarjetas de donante constituyen un compromiso para ayudar en una situación determinada (tras la muerte del firmante); no obstante, la decisión final recae en otras personas, sus familiares; en cualquier caso, el documento de donación puede liberar a los familiares de una parte importante de la tensión que conlleva la petición del permiso de extracción del poseedor de la tarjeta, ya fallecido.

El segundo proceso que dificulta la inhibición social en situaciones de emergencia implica que si un espectador supone que mantendrá una interacción directa en el futuro con una persona afectada, es más probable que la ayude. Este puede ser un factor de gran importancia en la donación renal en vida entre parientes.

Ignorancia pluralista. En situaciones de emergencia ambiguas, los observadores pueden experimentar una gran incertidumbre que dé lugar a dudas y pasividad; en estos casos, la falta de actuación de unos sirven de modelo para la inhibición de los otros; los procesos de comparación social se realizan a través del comportamiento de los observadores, el único elemento en la situación social que puede ser observado directamente. Bierhoff y Klein (1990) concluyen que las situaciones de emergencia ambiguas llevan a los observadores "a la conclusión errónea de que los demás observadores interpretan el suceso como inofensivo. Por tanto, aparece una definición social que dificulta las respuestas altruistas". La situación en la que se desarrolla habitualmente la petición de permiso a los familiares de fallecidos para la extracción de sus órganos no suele presentar niveles importantes de ambigüedad; la mencionada solicitud se realiza habitualmente una vez que los familiares del difunto han aceptado su muerte como un hecho cierto e irreversible y las personas encargadas en los hospitales de pedirles el oportuno permiso de donación (generalmente, los miembros del equipo de coordinación de trasplante) tienen como uno de sus objetivos fundamentales aclarar a los familiares todas las dudas sobre el proceso de donación y trasplantes que puedan tener; esta labor de información y asesoría aclara la situación y elimina algunas dudas que pudiesen generar incertidumbre; por otra parte, la petición expresa por parte de los solicitantes de la donación de una respuesta urgente a su demanda obliga a los familiares a tomar una decisión, favorable o

contraría a la donación, lo que dificulta el desarrollo de procesos de inhibición social.

Aprensión ante la evaluación. Este tercer factor puede influir positiva o negativamente sobre la voluntad de actuar en una situación de emergencia. La creencia en que una posible intervención de ayuda a la víctima va ser evaluada por los restantes observadores puede generar cierta activación emocional; las personas que se crean capacitadas para resolver adecuadamente la situación se verán favorecidas por la expectativa de ser evaluados; en cambio, las personas que duden de su capacidad desarrollarán sensaciones de ansiedad ante el temor a la evaluación. Se puede deducir, a partir de estas premisas teóricas, que uno de los factores que puede favorecer la obtención de órganos para trasplante es el desarrollo de sentimientos de capacidad para salvar la vida de los enfermos necesitados de un trasplante en las personas a las que se solicita la donación de órganos (suyos o de un familiar fallecido).

Los tres procesos -difusión de responsabilidad, ignorancia pluralista y aprensión ante la evaluación- no son excluyentes sino que en muchas ocasiones "contribuyen por igual a la inhibición social; por tanto, las influencias inhibitoras suelen reforzarse entre sí y suprimir la voluntad de intervenir" (Bierhoff y Klein, 1992). Dos de los principales factores que pueden contrarrestar las tendencias inhibitoras son el liderazgo eficaz (Bierhoff, 1987, los líderes eficaces interpretan la situación como una emergencia y asumen su

responsabilidad; además, su actuación modela la conducta del resto de los observadores) y focalizar la responsabilidad en una persona de antemano (Staub, 1970, de esta manera, el efecto de difusión de la responsabilidad puede verse sensiblemente disminuido)

El primero de estos factores puede ser utilizado para aumentar las donaciones de órganos durante el proceso de solicitud del permiso de donación de los órganos de un familiar fallecido. La observación de las actitudes de los familiares durante el proceso de petición puede delatar a la persona que ejerce las funciones de líder en el grupo; los esfuerzos persuasivos para convencer a la familia del difunto para que done sus órganos podrán de esta manera recaer preferentemente en la persona con mayores probabilidades de tomar una decisión

ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE LA "DONACIÓN DE ÓRGANOS" DESDE UNA PERSPECTIVA ALTRUISTA.

1) El concepto "donación de órganos" da nombre común a un conjunto de conductas, que poseen, cada una de ellas, peculiares características. No es posible estudiar la donación de órganos como si se tratase de un sólo comportamiento social.

2) Existe una importante carencia de estudios que relacionen las conductas relacionadas con la "donación de órganos para trasplante" con los estudios sobre altruismo. De hecho, no hemos encontrado ningún estudio que clasifique entre las conductas prosociales algunos de los episodios sociales relacionados con la "donación de órganos para trasplante" más relevantes en nuestro país y en nuestro entorno geográfico y cultural. Sin embargo, se han recopilado importantes evidencias empíricas de que los individuos perciben este tipo de comportamientos como fundamentalmente altruistas.

3) La polémica teórica entre definiciones conductuales y cognitivas de conducta altruista, aún no resuelta, impide establecer conclusiones definitivas sobre la pertenencia o no de los tres episodios sociales mencionados al campo teórico del "altruismo"; no obstante, tanto la "donación renal en vida a un familiar" como la "facilitación de la donación de los órganos de un familiar fallecido" cumplen adecuadamente los criterios, conductuales o cognitivos, que permiten su conceptualización y estudio como comportamientos altruistas; el tercer episodio social, "firma de una tarjeta o carnet de donante" satisface los

criterios conductuales de "conducta altruista", pero, no cumple con algunos de los criterios motivacionales.

4) Las clasificaciones unidimensionales de las conductas altruistas, a pesar de su carácter eminentemente racional y su dificultad interpretativa, permiten caracterizar los tres episodios sociales sobre "donación de órganos para trasplante", según la oposición que ocupa cada uno de ellos en los diversos continuos taxonómicos.

"Concesión del permiso de extracción de los órganos de un familiar fallecido, después de solicitarlo el coordinador de trasplantes del hospital donde se produjo el fallecimiento ". Según las distintas taxonomías podríamos caracterizarla, generalmente, como una conducta altruista "indirecta", "solicitada", "no identificable", "en situación de emergencia" y de "ayuda espontánea".

"Donación de un riñón a un familiar que se encuentra en situación de extrema gravedad, tras petición expresa del médico que lo atiende". Sería una conducta altruista que podemos caracterizar generalmente como "de ayuda indirecta" (aunque en ocasiones puede realizarse directamente), "solicitada", "identificable" (según criterios situacionales), en "situación de no emergencia" y de "ayuda planificada".

"La firma de una tarjeta o carnet de donante por la que una persona se compromete a donar uno o varios órganos tras su muerte". Este episodio social presenta, como hemos venido señalando, problemas de

clasificación. El hecho de que represente más una intención altruista que una conducta prosocial provoca notable ambigüedad en su caracterización. Los factores situacionales tienen una gran influencia en la clasificación de este episodio social en las distintas dimensiones; en ocasiones puede ser una conducta "solicitada" (por ejemplo, previa petición expresa de un miembro de las asociaciones de enfermos renales en las llamadas "mesas de donación") y en otras ocasiones podemos caracterizarla como "no solicitada" (si el sujeto pide por iniciativa propia, el carnet de donante); en todos los casos la firma del carnet se produce en "situación de no emergencia" y el potencial donante es "no indentificable" según criterios personales, e "identificable" según criterios situacionales; la clasificación de este episodio social en el resto de dimensiones dependerá de la situación concreta en la que se desarrolle. A pesar de estas dificultades clasificatorias, este episodio social ha sido incluido en el presente estudio debido a la opinión mayoritaria de que la firma de una tarjeta o carnet de donante facilitará tras la muerte de donante en la cesión de sus órganos para trasplante.

5) Son necesarias investigaciones que incluyan los episodios sociales más relevantes de "donación de órganos para trasplante" en la clasificación empírica de conductas altruistas realizada por Perce, Amato y Smithson y replicada por Chacón con muestras españolas. Los objetivos de estos estudios deberían ser:

- Averiguar qué episodios sociales de "donación de órganos para

trasplante" pueden ser considerados conductas altruistas.

- Clasificar los episodios sociales de "donación de órganos para trasplante" entre las episodios sociales altruistas.

- Identificar las variables que pueden influir significativamente en los episodios sociales de donación de órganos, según su clasificación entre las conductas altruistas.

- Extraer conclusiones operativas para el desarrollo de programas de intervención que tengan por objetivo principal el aumento de las donaciones de órganos.

6) Los episodios sociales de "donación de órganos para trasplante" vistos hasta aquí pueden ser caracterizados hipotéticamente según la dos dimensiones fundamentales halladas en los estudios de Perce, Amato y Smithson y de Chacón, de la siguiente manera:

- *"Concesión del permiso de extracción de los órganos de un familiar fallecido, después de solicitarlo el coordinador de trasplantes del hospital donde se produjo el fallecimiento"*. Sería un episodio social altruista de "ayuda importante" y "espontánea".

- *"Donación de un riñón a un familiar que se encuentra en situación de extrema gravedad, tras petición expresa del médico que lo atiende"*. Sería un episodio social altruista de "ayuda importante" y "planificada".

- *"La firma de una tarjeta o carnet de donante por la que una persona se compromete a donar uno o varios órganos tras su muerte"*. Este

episodio social presenta serias dificultades de clasificación, a las que ya nos hemos referido.

7.- La literatura sobre altruismo ha señalado una serie de procesos o variables psicosociales que influyen en la ejecución de conductas prosociales. Todo ello puede o debe ser tenido en cuenta a la hora de desarrollar intervenciones encaminadas a promocionar la donación de órganos para trasplante. La tabla nº 15 es un resumen de los procesos a que hemos hecho alusión.

Factores psicosociales que pueden favorecer la donación.	Factores psicosociales que pueden impedir o dificultar la donación. ("COSTES DE LA AYUDA")
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de un proceso empático entre donante y receptor. - Conocimiento de los motivos más frecuentes de donación y de "no donación". - Percibir a los pacientes necesitados de trasplante como sujetos no responsables de su enfermedad (locus de control externo). - Difusión de las consecuencias positivas de la donación de órganos (aumento de la autoestima, incremento de la esperanza y calidad de vida de los pacientes trasplantados, etc.). - Desarrollo de normas de responsabilidad social favorables a la donación de órganos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peligros percibidos: miedo a la extracción prematura de los órganos, temor a la mutilación del cuerpo, etc. - Desconocimiento de los motivos más frecuentes de donación y de "no donación". - Percibir a los pacientes necesitados de trasplante como sujetos responsables de su enfermedad (locus de control interno). - Desarrollo de las creencias de que otras personas donarán los órganos o de que hay otras personas más capacitadas para donar órganos (difusión de la responsabilidad). - Percebir la situación de los enfermos necesitados de trasplante como menos grave y urgente

Factores psicosociales que pueden favorecer la donación.	Factores psicosociales que pueden impedir o dificultar la donación. ("COSTES DE LA AYUDA")
<ul style="list-style-type: none"> - Informar de la capacidad de los potenciales donantes para poner fin a los sufrimientos de los enfermos necesitados de un trasplante. - Favorecer la "adscripción de responsabilidad" de los potenciales donantes en la salvación de los enfermos. - Impedir o dificultar el desarrollo de los "mecanismos de defensa" señalados por Schwartz y Howard (1981). - Desarrollo de normas personales favorables a la donación de órganos. - Presentación de la donación de órganos como una conducta equitativa (equivalente en costos y beneficios). - Percepción de una alta probabilidad de recibir un órgano en caso de necesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a que el resto de familiares desapruében una decisión personal favorable a la donación de órganos (aprensión ante la evaluación). - Pérdida de tiempo y de dinero derivado del proceso de donación de órganos (efectivo o intencional mediante la firma del carnet de donante). - Desarrollo de la creencia de que existen otras alternativas al trasplante. - Retraso en la decisión de donar los órganos. - Percepción de la donación de órganos como una conducta con altos costos y/o escasos resultados. - Percepción de una baja probabilidad de recibir un órgano en caso de necesidad.

Tabla n° 15: Factores implicados en la donación de órganos, entendida como conducta altruista.

Algunos de estos factores psicosociales (costes de la conducta de ayuda, motivos para donar órganos y para no hacerlo, expectativas de resultados del trasplante, consecuencias del trasplante de órganos, etc.) han sido incluidos en nuestro cuestionario empleado; otros no lo han sido debido a que en el proceso de desarrollo del cuestionario se revelaron escasamente representativos de las opiniones obtenidas en las sucesivas muestras-piloto utilizadas en dos ocasiones antes de su preparación definitivas.

3.2. Estudios psicosociales sobre donación de órganos.

Las aportaciones de la Psicología a la investigación básica y aplicada en la donación de órganos han sido, hasta el momento, escasas en el número y recientes en el tiempo. Diversas razones han sido aducidas para explicar estas carencias. Olbrisch (1989) ha destacado, de acuerdo con Perkins (1987), la existencia de tres "barreras" que habrían propiciado esta situación:

1. El gran sesgo que tiene la psicología de la salud en el ámbito académico hacia la prevención primaria y secundaria, en detrimento de la terciaria.
2. Los psicólogos se ven afectados también por el efecto de "culpabilizar a la víctima", en este caso a la persona necesitada de un trasplante.
3. La psicología comparte las actitudes de la sociedad, que ha separado el trasplante de otros métodos terapéuticos para someterlo a un especial examen y discriminarlo respecto a otras terapias.

Por otra parte, y lógicamente, en los primeros años de aplicación del trasplante de órganos, la investigación se orientó preferentemente al estudio de las causas del rechazo del órgano trasplantado y al perfeccionamiento de la técnica quirúrgica de trasplante; en este período experimental no existía el principal problema que alertó a los psicólogos sociales años más tarde, como es la escasez de donaciones. El enorme desarrollo posterior de los trasplantes y su aplicación a un número cada vez mayor de patologías orgánicas provocó la aparición de listas de espera y, consecuentemente, la necesidad de impulsar y potenciar la donación de órganos; es el momento en que se pone en

evidencia la utilidad de investigar el proceso psicosocial que convierte a una persona en donante de órganos (Fellner y Marshall, 1968; Schwartz, 1970, 1973; Marshall y Fellner, 1977; Fellner y Marshall, 1981). A partir de entonces, el creciente interés por los factores psicosociales que inciden en la donación de órganos para trasplante ha traído consigo un aumento incesante de estudios e investigaciones que desde diversos planteamientos teóricos han ido acumulando observaciones sobre variables y procesos psicosociales relacionados con la donación de órganos. La clasificación de estos estudios resulta especialmente complicada por cuanto muchos de ellos no parten de marco teórico alguno y su utilidad se limita a la descripción de las opiniones de distintas muestras de sujetos (generalmente poco representativas) sobre distintos aspectos de la donación y el trasplante de órganos. A este problema hay que sumar que la metodología empleada en estos estudios, otro de los posibles criterios clasificadores, ha sido en la mayoría de los casos correlacional, si bien con diversos grados de profundización en los análisis estadísticos realizados. A pesar de estas dificultades, hemos creído oportuno clasificar las investigaciones psicosociales sobre donación de órganos en cuatro grupos.

1) Estudios actitudinales. Este primer grupo está constituido por estudios cuyo objetivo principal es analizar las actitudes hacia la donación y el trasplante de órganos en distintas muestras (de profesionales sanitarios o de la población en general), más o menos representativas. En este grupo hemos

incluido una serie de trabajos realizados desde una perspectiva actitudinal que tienen como objetivo principal elaborar perfiles psicosociales de "donantes" y "no donantes" de órganos.

2) Estudios exploratorios restringidos. Son investigaciones que tratan de comprobar la influencia de una o más variables psicosociales en la donación de órganos.

3) Estudios sobre estrategias para aumentar la donación de órganos. El grupo menos abundante. Estos trabajos tratan de investigar distintas estrategias para incrementar el número de donaciones procedentes de cadáveres, o de la firma de una tarjeta o carné de donante.

4) Estudios sobre el proceso de petición de órganos a los familiares de posibles donantes. Son investigaciones destinadas a descubrir qué variables psicosociales tienen mayor influencia en el tipo de donación más frecuente, como es la facilitación o denegación de los órganos, por parte de la familia de un fallecido.

Realizamos este trabajo, con el fin de identificar las principales variables psicosociales que han demostrado tener una importante influencia en las distintas modalidades de donación de órganos. A partir del análisis de la información acumulada, extraeremos conclusiones operativas útiles tanto para fundamentar nuestra investigación como para el aporte de elementos útiles para desarrollar programas informativos y educativos sobre el tema que nos ocupa.

ESTUDIOS ACTITUDINALES

Muchos de los estudios psicosociales sobre donación de órganos para trasplante han tenido por objeto medir las actitudes de la población o de los profesionales sanitarios hacia la donación y el trasplante de órganos.

Los estudios actitudinales sobre donación y trasplante de órganos son, generalmente, investigaciones desarrolladas en los últimos diez años, coincidiendo con la masificación de la técnica del trasplante de órganos y el crecimiento de las listas de espera. Antes de pasar a detallar los resultados obtenidos en estas investigaciones hemos creído conveniente señalar sus características generales más sobresalientes.

La mayoría de los autores han partido de la hipótesis general de que un cambio de actitudes favorable a la donación y el trasplante de órganos provocaría un incremento de las donaciones reales. Sin embargo, en pocas ocasiones los resultados obtenidos en estos estudios han servido para fundamentar un programa de intervención con el objeto de aumentar las donaciones de órganos.

Otra de las características más destacables de este tipo de investigaciones es que la mayoría de ellas no parte de un modelo o de una teoría psicosocial. En consecuencia, no suelen definir ni concretar explícitamente el concepto de "actitud", término que emplean indistintamente para referirse a la disposición a donar órganos (intención), a las creencias relacionadas con ella (cognición), a la aceptación o rechazo que suscita (afecto)

o a la firma de un carné de donante (conducta); los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos de la actitud son utilizados aislada o conjuntamente e indiscriminadamente para operativizar dicho constructo. No obstante, parte de estas investigaciones tienen como objetivo básico obtener información sobre aspectos afectivos, cognitivos y comportamentales de la donación y del trasplante de órganos; esta operativización del constructo "actitud" se halla más próxima al modelo de los tres componentes de Rosenberg y Hovland (1960) que a una conceptualización unidimensional de la actitud en términos exclusivamente afectivos (Petty y Cacioppo, 1981; Fishbein y Azjen, 1975). El factor cognitivo (procedencia y calidad de la información que los individuos tienen sobre estos temas, atribuciones, creencias, requisitos para aceptar la donación de un familiar fallecido, etc.) suele ser el elemento actitudinal más descuidado en este tipo de investigaciones. El hecho de que una parte importante de las investigaciones actitudinales haya sido realizada por profesionales sanitarios ajenos a la Psicología, puede explicar en parte esta notable falta de fundamentación teórica.

La razón de esta preferencia por el método correlacional se debe en gran medida a que el proceso de donación de órganos presenta una serie de características que dificultan el diseño de pruebas experimentales para su estudio; entre ellas, podemos citar por su relevancia e importancia, la protección legal del anonimato de donantes y receptores y la fuerte reactividad experimental que supondría la presencia de observadores durante la petición

del permiso de extracción de los órganos a los familiares de un fallecido. No obstante, una parte de los estudios actitudinales emplea una metodología experimental o cuasiexperimental; en estos casos, se considera mayoritariamente como variable dependiente la firma de un carnet o de una tarjeta de donante de órganos. La variable independiente más frecuentemente utilizada en tales estudios es la información que se suministra al sujeto sobre determinados aspectos de la donación de órganos. El mayor problema de estas investigaciones reside en su escasa validez predictiva. Hasta el momento, no se ha demostrado fehacientemente la existencia de relación alguna entre "la firma o posesión del carnet de donante" (decisión personal) y la "donación de los órganos tras la muerte" de los poseedores del documento (decisión de la familia del fallecido).

La recogida de datos suele realizarse mediante encuesta telefónica o a través del envío y recepción de cuestionarios por correo. En el primer caso, las preguntas que se realizan a los encuestados son necesariamente pocas y simples; en el segundo, la representatividad y en ocasiones las características de la muestra no están convenientemente determinadas. Por último, las encuestas realizadas con entrevistadores especialmente entrenados son menos frecuentes, sobre todo, por su elevado coste económico; no obstante, proporcionan una información más rica y abundante.

Los resultados obtenidos en las investigaciones actitudinales son fundamentalmente cuantitativos, fruto de análisis estadísticos, más o menos

refinados; suelen ofrecer abundante información sobre las variables psicosociales más fuertemente relacionadas con actitudes favorables y contrarias a la donación de órganos.

La mayoría de los estudios actitudinales están de acuerdo en enfatizar la necesidad y la urgencia de diseñar y aplicar campañas de información y educación dirigidas a la población en general, como medio más eficaz para aumentar las donaciones de órganos.

En consonancia con los resultados alcanzados en estas investigaciones, existen pocas dudas razonables sobre la utilidad y la importancia de llevar a cabo estudios actitudinales para averiguar los determinantes psicosociales de la donación de órganos y para basar en ellos el desarrollo de estrategias de cambio de actitudes que favorezcan un incremento de las donaciones. La presente investigación comparte muchos de los objetivos y algunas de las características de los estudios actitudinales sobre donación y trasplante de órganos; el instrumento de recogida de datos empleado en nuestro estudio es un cuestionario aplicado mediante entrevista con personal adecuadamente entrenado; entre los objetivos que persigue nuestra investigación se encuentra el de acotar variables psicosociales relacionadas con una predisposición positiva o negativa a la donación. Otra característica compartida con los estudios actitudinales es que utiliza en el análisis de resultados técnicas estadísticas cuantitativas. No obstante, algunas peculiaridades de la presente investigación no están en consonancia con un

abordaje actitudinal estricto. En concreto, contemplamos razones que explicaron la decisión de no desarrollar la investigación sobre aspectos psicosociales de la donación de órganos desde una perspectiva fundamentalmente actitudinal, a pesar de compartir algunas de las características y objetivos de los estudios actitudinales dirigidos a la población. Una de ellas, la de que un objetivo fundamental de la investigación era obtener conclusiones operativas en las que basar el desarrollo de programas de intervención informativa y educativa para la población española sobre estos temas. Ello obligaba a construir un instrumento apto para obtener información relevante sobre la percepción social de la población española, que trascendiese la fuerte polémica teórica que envuelve el concepto de actitud y su relación con las conductas observables (Stahlberg y Frey, 1992; Stroebe y Jonas, 1992; Elser, 1989; Vander Zanden, 1989; Moscovici, 1988). Porque, como advierte, Rodríguez (1989) "la gran diversidad de definiciones y las correspondientes teorías subyacentes (sobre el concepto de actitud) no se han podido someter a una contrastación empírica, justamente debido a la falta de procedimientos empíricos homogéneos que permitan establecer principios fundamentales. Cada investigador o, como mucho, cada teoría ha intentado traducir a su manera la teoría a planteamientos empíricos, mientras que, por otro lado, los metodólogos se han guiado en su investigación más por necesidades metodológicas que por requerimientos teóricos".

Una de las consecuencias de esta inadecuación entre teoría y método es, como señalan Stahlberg y Frey (1992), que la mayor parte de las investigaciones se limitan a medir el factor afectivo de las actitudes por motivos económicos, abandonando la evaluación de los componentes cognitivos y conductuales, a pesar de que el modelo teórico que suelen basarse los estudios actitudinales contempla una composición multifactorial del constructo "actitud".

El instrumento empleado en la presente investigación no trata de medir "actitudes" (aún cuando algunos ítems podrían ser interpretados en ese sentido) sino de recopilar sobre estos temas abundante información heterogénea (opiniones, creencias, temores, atribuciones, etc.) de una muestra representativa de la población española, que nos permita identificar las variables con más peso en la determinación de una predisposición favorable a la donación de órganos.

El análisis de los datos obtenidos en las diversas aplicaciones del cuestionario puso en evidencia la importancia de incluir tanto autoatribuciones como heteroatribuciones en relación a las razones que los encuestados tienen para donar y para no donar órganos. Por otra parte, el análisis de los resultados previos de las dos aplicaciones-piloto del cuestionario aconsejó la utilización preferentemente de preguntas dicotómicas (de "sí" o "no"), más sencillas, en detrimento de opciones más complejas como las escalas de actitudes que requerían un conocimiento más profundo de los temas tratados.

Por otra parte, durante el proceso de desarrollo del cuestionario se puso en evidencia la inexistencia de una "actitud" hacia la donación de órganos en la línea de lo señalado por Sthalberg y Frey (1992), entendida como "predisposición estable a sentir, a pensar y actuar en relación a este tema"; así, por ejemplo, la inclusión de escalas actitudinales durante el proceso de desarrollo del cuestionario no facilitó datos significativos, ya que, los informadores, desprovistos en su mayoría de experiencias directas en temas de trasplante y donación de órganos, señalaron preferentemente las opciones de respuesta neutras en las distintas escalas. Junto a esto, pudimos observar que las preguntas dicotómicas concretas facilitaban su labor de información.

La carencia de experiencia con respecto al objeto actitudinal tiene importantes implicaciones teóricas. Moscovici (1988) pone de manifiesto la importancia de la experiencia directa con el objeto actitudinal en la formación y en el cambio de actitudes; en idéntico sentido se pronuncian Stroebe y cols. (1988), Stroebe y Jonas (1992) y Fazlo y Zanna (1981).

Cook (1979), señala uno de los errores más frecuentes en los estudios actitudinales. Para este autor, "en un campo tan consagrado como el de la medición de actitudes, constructo cuya definición descansa en cualidades tales como la consistencia y la estabilidad, es preciso repetir las medidas en varias ocasiones, espaciadas en el tiempo, para comprobar si las respuestas de los sujetos permanecen". En nuestro caso, el procedimiento de obtención de datos, por obvias razones económicas, no podría ser repetido.

Por último, las peculiaridades de algunos de los comportamientos estudiados representaban también otro obstáculo para un acercamiento actitudinal, desde alguno de los modelos teóricos actuales más importantes. Así, por ejemplo, el tipo de donaciones más habitual en nuestro país, la "facilitación o denegación del permiso de extracción de órganos de un familiar fallecido", se caracteriza por desarrollarse en situaciones de emergencia sobre las que no hay experiencia previa; estas peculiaridades impiden su estudio tomando como base, por ejemplo, una de las teorías actitudinales de indudable importancia como es la "Teoría de la Acción Razonada" (Fishbein y Azjen, 1975; Fishbein, 1980; Triandis, 1980; Budd, 1985); esta teoría sostiene que la "conducta" está determinada por la "intención" de ejecutarla; a su vez, la "intención" está influida por las "actitudes" y por la "norma subjetiva"; el desarrollo de la "actitud" hacia un objeto social implicaría según esta teoría, la elaboración de una serie de "creencias" sobre la conducta y sus resultados y la valoración subjetiva de estos resultados. Todo este complejo y laborioso proceso cognitivo no puede ser aplicado para estudiar conductas que, como la facilitación o denegación del permiso familiar de donación, se caracterizan por plantearse inesperadamente, por la necesidad de tomar decisiones urgentes sin el apoyo de la experiencia personal y por el considerable peso que los factores emocionales tienen en la decisión final.

Un primer grupo de trabajos psicosociales tuvieron como objetivo analizar las actitudes hacia la donación y el trasplante de órganos de la población. El estudio de Evans y Manninen (1988) mediante encuesta telefónica a una muestra representativa de la población de EE.UU. figura entre los más amplios y rigurosos estudios realizados hasta la fecha. La tabla nº 15 presenta los resultados obtenidos en tres encuestas diferentes sobre cinco cuestiones importantes de la donación y el trasplante de órganos.

CUESTION	Año de realización de la encuesta de opinión pública		
	1983	1984	1987
1. Conocimiento del trasplante de órganos.	94,0%	93,0%	98,7%
2. Ha recibido información sobre donación de órganos.	60,1%	--	84,1%
3. Voluntad de donar los propios órganos.	50,0%	45,0%	49,3%
4. Voluntad de donar los órganos de un pariente.	53,0%	85,0%	62,5%
5. Lleva carnet de donante.	19,2%	17,0%	24,6%

Tabla nº 15 : Porcentaje de respuestas positivas a preguntas sobre donación y trasplante de órganos, en diversos años.

Como puede apreciarse, la "voluntad de donar los propios órganos" presenta una línea-base estable a lo largo de los diferentes estudios; alrededor del 50% de norteamericanos están dispuestos a donar sus propios órganos. La "voluntad de donar los órganos de un pariente" supone una opción mucho más

camblante; en este caso, las oscilaciones porcentuales en distintos años son muy amplias (de 1983 a 1984 aumenta un 32% los sujetos favorables a donar los órganos de un pariente; tres años más tarde se pronuncian a favor de esta opción un 22,3% menos de encuestados que en 1984). La principal diferencia entre ambos tipos de donación que puede explicar en parte la disparidad de evolución de resultados es que la donación de órganos propios representa, por encima de otras consideraciones, una opción personal cuyos determinantes principales están bajo control del sujeto entrevistado; sin embargo, la donación de órganos de un pariente es una decisión en la que intervienen factores ajenos a la opinión del propio informador (opinión de otros familiares, tratamiento informativo que reciben la donación y el trasplante de órganos en los medios de comunicación, etc.) lo que favorece una mayor variabilidad en las respuestas.

Otro dato importante es que, para todos los años considerados, el porcentaje de encuestados que muestran su "voluntad de donar sus órganos" es considerablemente inferior a la "voluntad de donar los órganos de un pariente". Posiblemente, el mayor coste personal que conlleva la donación de los propios órganos puede explicar esta menor predisposición declarada.

Por último, destaca el importante porcentaje (24,6%) de personas encuestadas que declaran llevar carné de donante.

Las materias que provocaban un fuerte rechazo en los sujetos encuestados en relación a estos temas fueron, por orden de mayor a menor

importancia: "compra y venta de órganos", "uso de animales para obtener órganos", "incapacidad de algunas personas para pagar un trasplante", "personas que reciben más de un trasplante" y "demasiada atención a los trasplantes por parte de los medios de comunicación". Sin embargo, sólo un 16% respondió a esta pregunta.

El 81,4% opinó que los criterios médicos (y no criterios sociales o económicos) deberían ser los únicos a la hora de determinar los receptores de un trasplante.

Aproximadamente la mitad de los sujetos opinó que los ciudadanos no tienen por qué verse involucrados en el proceso de decisión de distribución de órganos.

Un 50% de la muestra opinó que la ciudadanía debería ser un elemento a considerar a la hora de decidir quién recibe un trasplante, aunque un 78% opinó que no se puede negar el trasplante a una persona en base a su nacionalidad.

Manninen y Evans (1985) en un estudio realizado anteriormente, también mediante encuesta telefónica aplicada a una muestra representativa de la población de EE. UU. aportaron otros datos de interés en relación a la información que posee el público americano sobre estos temas y a las condiciones para conceder el permiso familiar de donación de órganos; destacamos entre ellos que:

- Las principales fuentes informativas por las que los encuestados recibían información sobre donación y trasplante de órganos eran los "periódicos o revistas", con un 37,2%, la "televisión" con un 34,6%, los "amigos", con un 9,7%, las "vallas y panfletos" con un 8,4% y los "médicos", con un 6,8%.

- El 94% de la población había tenido conocimiento de la donación de órganos, pero únicamente el 19% llevaban carnet de donante. Un 53% donaría los órganos de un familiar fallecido, mientras que un 50% donaría sus propios órganos.

- La población donaría sus órganos según estos porcentajes: riñones, 50%, hígado, 47%, córneas, 46%, corazón, 46%, pulmones, 44%, páncreas, 44%, piel 40% y cuerpo completo, 40%.

- Un 58% opinó que los familiares "no deberían tener el poder de contradecir la opinión de donar expresada en vida, mediante el carnet de donante, por el fallecido".

- La "edad", la "raza", el "nivel educativo" y el "nivel económico" fueron las variables que influían significativamente ($p < 0.05$) en las actitudes hacia la donación de órganos. Las personas más jóvenes, de raza blanca y con altos niveles educativo y económico mostraban actitudes significativamente más positivas que el sector poblacional compuesto por adultos y ancianos, de raza negra y con bajos niveles educativo y económico.

Por último, los autores hicieron un detenido análisis de las opiniones de los encuestados en relación a las condiciones que pueden influir en la concesión o denegación por parte de la familias de las personas fallecidas en condiciones de donar órganos del permiso de extracción de órganos.

- La mayoría de encuestados (57,8%) consideró que cuando un sujeto posee una tarjeta de donante de órganos, su decisión no debería de necesitar la aprobación formal del pariente más próximo; solamente el 34% consideró que tal aprobación debería ser necesaria, mientras que el 7,8% no supo responder a esta cuestión; no obstante, únicamente un 7% se mostró de acuerdo con el principio de "consentimiento presunto" que considera donante de órganos a toda persona que no se haya opuesto expresamente en vida a la extracción de sus órganos.

- El 71% de los informadores consideró que la desaprobación de la donación por el pariente más próximo no debería imponerse a los deseos del potencia donante de órganos, expresados a través de la tarjeta de donante de órganos.

- Menos de la mitad de los sujetos de la muestra (43,9%) consideró que el pariente más próximo debería estar autorizado a donar los órganos en caso de que el fallecido no hubiese firmado una tarjeta de donante de órganos.

Los estudios de Evans y Manninen (1988) y de Manninen y Evans (1985) presentan algunos aspectos de gran importancia para la investigación

que nos ocupa que deben ser convenientemente resaltados. En primer lugar, estos estudios ponen especial énfasis en la percepción social de la donación por parte del público americano y recopilan y analizan información subjetiva desde una perspectiva actitudinal amplia y laxa, englobando bajo el concepto de actitudes un grupo heterogéneo de variables cognitivas (conocimiento de estos temas, fuentes de información, papel que debe jugar en la familia en la donación de órganos de una persona fallecida, etc.) y afectiva (grado de favorabilidad hacia la donación de órganos). En segundo lugar, estas investigaciones subrayan la importancia, mayoritariamente expresada en estos sondeos de opinión, de respetar la opinión del potencial donante expresada a través de la firma de una tarjeta de donante durante el proceso de donación. Por último, los autores de estos trabajos establecen como principal conclusión de sus estudios la importancia de informar y educar al público en general sobre la escasez de donaciones de órganos para trasplante y la trascendencia de implicar a la sociedad en la solución de este problema.

La Foundation Vincent Gallery (1991) realizó otro sondeo de opinión a través de una entrevista realizada por personal debidamente entrenado a 1.193 franceses con 15 y más años de edad con el objetivo de evaluar las actitudes de la población francesa hacia la donación y el trasplante de órganos; además comparó los resultados obtenidos con sondeos realizados por la misma institución en años anteriores. La representatividad de la muestra

empleada junto a la cercanía geográfica y cultural de la población objeto del estudio convierten a este trabajo en una investigación de gran interés.

En relación al conocimiento que posee el público sobre estos temas, el análisis de resultados muestra (tabla nº 16) que el 62% de los franceses creen que el público, en temas de donación y trasplante de órganos está "mal" o "bastante mal" informado, frente a un 35% que opinan que está "bien" o "bastante bien" informado; sólo el 3% restante prefiere no pronunciarse sobre este tema. Además, como muestra la tabla nº 16, en opinión de los encuestados la información que posee el público francés sobre donación y trasplante de órganos es significativamente peor que la que posee sobre otros temas de salud.

**EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE POSEE EL PUBLICO FRANCÉS
SOBRE TEMAS DE SALUD**

TEMAS DE SALUD	VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE POSEE EL PUBLICO		
	"Bien" o "bastante bien" Informados	"Mal" o "bastante mal" Informados	No sabe
Prevención de enfermedades cardiovasculares (infarto)	54%	43%	3%
Prevención de enfermedades de transmisión sexual (sida)	68%	30%	2%
Donaciones y trasplantes de órganos	35%	62%	3%
Tratamiento del cáncer	58%	38%	3%

Tabla nº 16 : Información que dispone el público francés sobre diversos temas de salud

Otro aspecto de gran importancia se refiere a la información de que dispone la gente sobre el significado de la "muerte cerebral". Como ya hemos señalado al hablar de "tipos de donación de órganos", los potenciales donantes de órganos deben encontrarse en situación de "muerte cerebral", caracterizada por el cese absoluto de actividad cerebral; en este estado, los signos vitales más evidentes (latido cardíaco y respiración) deben ser mantenidos artificialmente. La identificación de la muerte cerebral con la muerte física tradicional es una condición necesaria (aunque no suficiente) para que la familia conceda el permiso de donación de órganos. Este sondeo de opinión averiguó que el 28% de los encuestados declaraban que las extracciones de órganos de una persona en estado de "muerte cerebral" no son posibles ya que consideran que "el estado de muerte cerebral no significa muerte física"; el 60% opina que cuando una persona se encuentra en estado de "muerte cerebral" puede ser considerada como fallecida; el 12% restante "no sabe" responder a esta cuestión. En consonancia con estas opiniones, el 27% de los informadores se declara "totalmente opuesto" a que le sean extraídos los órganos a una persona en estado de muerte cerebral, frente a un 63% que se muestra "totalmente favorable"; un 10% no se pronuncian sobre esta cuestión.

La predisposición a la donación de órganos de la población francesa viene representada en la tabla nº 17.

Predisposición a la donación de órganos para trasplante en Francia

	Distribución porcentual de respuestas			
	<i>"Si, siempre"</i>	<i>"Si, eventualmente"</i>	<i>No</i>	<i>No contesta</i>
1. Donación de los propios órganos	41%	27%	30%	1%
2. Donación de los órganos de un familiar	24%	32%	43%	2%

Tabla nº 17 : Respuestas a las cuestiones: 1. ¿Estaría dispuesto a donar alguno de sus órganos en caso de "muerte cerebral".
2. ¿Estaría dispuesto a donar alguno de los órganos de un familiar en estado de "muerte cerebral".

Otro importante resultado de este sondeo es que la predisposición hacia la donación de órganos varía sensiblemente de una año para otro. En concreto, las personas que se declararon "favorables" a la donación de sus propios órganos representan el 69% de la muestra consultada en el año 1.991 y el 76% en el año 1.990. Este notable descenso en la intención de donación de órganos también aparece en el caso de considerar la donación de los órganos de un familiar en estado de "muerte cerebral"; si en 1.990 se declararon "favorables" a este tipo de donación el 63%, en 1.991 sólo el 56% de los encuestados mostraron la misma intención; desafortunadamente, los datos aportados por este trabajo no permiten relacionar este significativo descenso en la intención de donar órganos con posibles acontecimientos externos.

En otra parte del cuestionario, se solicita a los encuestados que manifiesten las razones por las que, eventualmente, podrían retractarse de una

supuesta aceptación inicial de la donación de órganos. Las razones más citadas, por orden de importancia porcentual, son "El respeto a la voluntad del familiar fallecido" (58%); "la incertidumbre sobre el estado de muerte cerebral de su familiar" (43%); "la opinión negativa de los médicos de su entorno" (18%); "la opinión negativa de su entorno familiar" (15%); "el comportamiento del personal y del cuerpo médico en el momento de plantearles esta cuestión", (11%); el 13% no cambiarían de decisión por ninguna razón. Complementariamente, se les pide que indiquen las razones que les harían retractarse de su oposición inicial a donar sus órganos o los de un familiar; son, por orden de importancia porcentual, "el respeto a la voluntad de su familiar" (43%); "la opinión de su entorno familiar" (18%); "una mejor información sobre la definición del estado de muerte cerebral" (15%); "la opinión de los médicos de su entorno" (11%); "el hecho de saber para quién será el órgano donado" (10%); "nada les haría cambiar de opinión" (24%).

Por último, se solicita a los informadores que señalen por orden de preferencia, las tres medidas que adoptarían para remediar la escasez de órganos. He aquí las respuestas: "Aumentar los recursos para investigación". El 26% de la muestra la cita en primer lugar y el 73% señalan esta medida en primer, segundo o tercer lugar. "Desarrollar aún más la información sobre trasplantes de órganos"; 46% y 69%, respectivamente. "Reservar los injertos para los casos más desesperados"; 10% y 46%. "Mantener la actividad de injertos sólo en los hospitales del sector público"; 1% y 15%. "Hacer obligatorias las

extracciones de órganos para todas las personas que mueran": 7% y 14%.

La importancia de este sondeo de opinión es para nosotros particularmente relevante, toda vez que permite deducir algunas conclusiones útiles sobre donación de órganos, en Francia, pero que tienen un indudable interés para nuestro país. En primer lugar, la variabilidad de la predisposición a donar órganos de la población francesa en diferentes momentos, como también hemos podido advertir en los estudios de Evans y Manninen (1988) y de Manninen y Evans (1985) con muestras estadounidenses, parece indicar que la actitud hacia la donación de órganos no está sólidamente conformada en estos países; este hecho suscita la necesidad de mantener permanentemente una labor informativa y educativa de la población sobre estos temas que haga frente a eventuales sucesos, noticias o rumores (mercado de órganos, "resucitados", etc.) que perjudican claramente el clima social sobre la donación de órganos para trasplante. En segundo lugar, este sondeo muestra la influencia negativa que sobre la predisposición a la donación de órganos propios o de los familiares puede tener la creencia de que la "muerte cerebral" no supone la muerte física y "definitiva" del familiar en situación de donar sus órganos. Por último, este trabajo pone en evidencia la importancia que concede la mayoría de los encuestados al "respeto de la opinión del difunto" y, consecuentemente, la trascendencia que tiene el hacer constar a los familiares la opinión personal favorable a la donación de órganos y el formalizar el

compromiso explícito de las personas que desean donar sus órganos tras la muerte.

Gäbel y Lindsoug (1987) analizaron los resultados de la aplicación de un cuestionario a 783 habitantes de la ciudad sueca de Malmö sobre las actitudes hacia la donación y los trasplantes de órganos. Al margen del dato de que un 65% se declaraba proclive a la donación, seleccionamos, entre muchos, uno de los resultados más importante y novedoso: la relación encontrada entre la variable "apoyo social" y la "disposición a donar órganos". El constructo "apoyo social" fue operativizado según el número de personas a las que consultan los encuestados en momentos de aflicción y estrés; según este criterio, se dividió a la muestra en tres grupos; apoyo social "malo" (no consultan a persona alguna), "bueno" (a una sola persona) o "muy bueno" (muchas personas). El grupo de apoyo social "muy bueno" manifiesta una opinión más positiva a la donación de órganos (74%) que los que tienen un "buen nivel" (55.8%) y, ambos se diferencian significativamente respecto a los que tienen un "mal nivel" de apoyo social (46,8%). Las diferencias son muy significativas ($p < 0.0001$); además, la variable "apoyo social" también se relacionaba muy significativamente ($p < 0.0001$) con la pregunta sobre si "la decisión de donar en caso de fallecimiento debe recaer en los familiares, en el caso de que no se conozca la opinión del difunto"; favorables a esta posibilidad se muestra el 51,6 % de los encuestados con nivel educativo "muy bueno", el 37.9% de los de buen nivel y el 26% de los que poseen nivel educativo "malo".

Sin embargo, la pobre operativización del constructo "apoyo social" en el presente estudio ha motivado recientemente una investigación (Ostergren y Gäbel, 1993) que trata de aclarar el peso del "apoyo social" en la determinación de las actitudes hacia la donación de órganos y el trasplante.

Gäbel y cols. (1989) emplearon una muestra muy amplia, 2.758 reclutas suecos, en un estudio actitudinal en el que se relacionaron 11 preguntas sobre actitudes hacia la donación de órganos con distintas variables psicológicas (capacidad intelectual y estabilidad emocional), medidas a través de test estandarizados que habitualmente cumplimentan los reclutas suecos a su ingreso en el servicio militar de aquel país. Además, se realizó una manipulación experimental a través de la operativización de la variable "información previa" sobre donación y trasplante de órganos; para ello, se distribuyó aleatoriamente a los sujetos en dos grupos; uno de ellos asistió a la proyección de un vídeo informativo sobre donación y trasplante de órganos, mientras que el otro no recibió información alguna.

La capacidad intelectual fue operativizada en tres niveles, "alta", "media" y "baja"; de forma similar, la estabilidad emocional también fue operativizada tres niveles: "alta", "media" y "baja". Además, se analizó la influencia de la información audiovisual (vídeo) en la actitud hacia la donación de órganos.

El análisis de los datos obtenidos permite afirmar a los autores que las tres variables consideradas influyen significativamente en la actitud hacia la

donación de órganos.

La tabla nº 18 muestra las diferencias significativas entre los grupos de "alta" y de "baja" capacidad intelectual con respecto a sus actitudes hacia la donación de sus órganos, de los de un familiar fallecido y hacia la aceptación de un trasplante de órganos procedente de un donante fallecido.

PREGUNTA	Porcentaje de respuestas positivas		Nivel de Confianza
	ALTA CAPACIDAD INTELECTUAL	BAJA CAPACIDAD INTELECTUAL	
1.- ¿Aceptaría que sus órganos fuesen utilizados tras su muerte?	76%	44%	P< 0,000
2.- ¿Daría permiso para la donación de órganos de un familiar fallecido?	38%	23%	P< 0,000
3.- ¿Aceptaría un trasplante de órganos procedente de un donante fallecido?	86%	68%	P< 0,000

Tabla nº 18 : Influencia de la capacidad intelectual en las actitudes hacia la donación de órganos

La tabla nº 19 muestra la significativa influencia positiva que tuvo en las actitudes hacia la donación de órganos el vídeo informativo sobre donación y trasplante de órganos. La mayor influencia parece producirse en la aceptación del decisivo papel de la familia en la donación de órganos de una persona fallecida sin expresar voluntad alguna.

PREGUNTA	Porcentaje de respuestas positivas		Nivel de Confianza
	GRUPO CON INFORMACIÓN	GRUPO SIN INFORMACIÓN	
1.- ¿Aceptaría que sus órganos fuesen utilizados tras su muerte?	67%	62%	P< 0,01
2.- ¿Daría permiso para la donación de órganos de un familiar fallecido?	34%	30%	P< 0,05

3.- ¿Los parientes deben decidir sobre la donación de órganos si el fallecido no expresó en vida voluntad alguna?	57%	46%	P< 0,000
---	-----	-----	----------

Tabla nº 19: Influencia del video informativo en las actitudes hacia la donación de órganos.

Por fin, como se refleja en la tabla nº: 20, una "alta estabilidad emocional" se relaciona significativamente con una actitud positiva hacia la donación de los órganos propios y la aceptación de un trasplante de órganos procedente de cadáver.

PREGUNTA	Porcentaje de respuestas positivas		Nivel de Confianza
	Alta Estabilidad Emocional	Baja Estabilidad Emocional	
1.- ¿Aceptaría que sus órganos fuesen utilizados tras su muerte?	73%	42%	P<0,000
2.- ¿Daría permiso para la donación de órganos de un familiar fallecido?	No hubo diferencias significativas		
3.- ¿Aceptaría un trasplante de órganos procedente de un donante fallecido?	88%	61%	P<0,000

Tabla nº 20: Influencia de la "estabilidad emocional" en las actitudes hacia la donación de órganos.

La información tuvo mayor influencia en los sujetos con baja capacidad intelectual y baja estabilidad emocional, lo que puede ser considerado como un apoyo experimental a las campañas de información sobre estos temas al conjunto de la sociedad o a grupos culturalmente desfavorecidos.

Otros estudios han tenido por objetivo desarrollar una serie de análisis estadísticos que permitan explicar la actitud hacia la donación de órganos, en función de una serie de variables bien definidas. Uno de estos estudios fue realizado por Shandor y cols. (1988) mediante la cumplimentación de una encuesta por 585 residentes de Carolina del Norte (EE.UU.) con la finalidad de averiguar las actitudes de actitudes hacia la donación de órganos.

Los motivos más señalados como causa de la denegación de la donación fueron, por orden de preferencia, 1) Preocupación por la retirada prematura de órganos antes de la muerte. 2) Aceleración de la muerte por parte de los médicos. 3) No haber reflexionado sobre la muerte y la donación de órganos. 4) Aversión a ser despedazados.

A partir de los análisis de los datos obtenidos los autores desarrollaron un modelo de regresión múltiple que sirvió para predecir la actitud del 70% de los sujetos en relación a la donación de sus órganos, basándose solamente en cuatro variables:

1) **"Edad"**. Los más jóvenes se mostraban más partidarios de la donación de órganos que los adultos y éstos que los ancianos.

2) **"Educación"**. Se evidenció una relación significativa entre "alto nivel educativo" y "actitud positiva hacia la donación de órganos".

3) **"Nivel económico"**. Las personas que cuentan con altos ingresos fueron más favorables a la donación de órganos que aquellos de menores ingresos.

4) *"Raza"*. Los sujetos de raza blanca mostraron una actitud más positiva hacia la donación que los de raza negra. No obstante, no se controló la fuerte relación entre la raza de los sujetos y su nivel económico.

Walker y cols. (1990) estudiaron las actitudes de "padres" hacia la donación de órganos pediátrica. Este tipo de donación en los países occidentales es cada vez es menos frecuente debido, sobre todo, al fuerte descenso en la tasa de mortalidad infantil en las últimas décadas (Paradis, y cols. 1988; Capron, 1987; Zitelli y cols. 1986). Los autores aplicaron una encuesta telefónica a 339 padres candienses de la región de Ottawa con el objeto de evaluar su intención de donar los órganos de sus hijos en una escala de 0 a 10, en caso de fallecimiento.

El 85% de los padres que respondieron a las preguntas (sujetos que puntuaron en la escala 6 ó más) dijeron que estaría dispuestos a los órganos de sus hijos. El grado de disposición a la donación de órganos estuvo asociado significativamente con los siguientes factores:

- *"Certidumbre de la muerte del hijo"*.
- *"Desarrollo de un sentimiento de altruismo y empatía" hacia los enfermos.*
- *"Discusión previa de la donación de órganos con un miembro de la familia"*. El grupo de padres que declararon que consultarían con otros miembros de la familia, antes de tomar la decisión, mostraron una actitud

significativamente ($p < 0,0008$) más positiva hacia la donación de los órganos que el grupo que declaró que en tales circunstancias no consultaría dicha decisión.

- *"El conocimiento de la actitud hacia la donación de sus hijos"*, ya sean adolescentes o adultos, se relacionaba positiva y significativamente ($p < 0,0002$) con la intención de donar sus órganos en el caso de que falleciesen.

Los factores que inhibieron la intención a donar fueron, "Incertidumbre de la muerte". "Información insuficiente de los profesionales médicos". "Temor a la mutilación del cadáver".

Meislery y Trachtman (1989), en la misma línea temática del estudio anterior, investigaron la "actitud hacia la donación de órganos" de un muestra de 106 padres de niños ingresados en un hospital pediátrico. El principal motivo señalado por los informadores para donar órganos fue, "ayudar a los demás". Las "creencias religiosas", el "miedo a la mutilación" y el "miedo a que los doctores desconecten prematuramente los sistemas de mantenimiento vitales", fueron los argumentos más citados para oponerse a la donación de órganos. Por otra parte, los padres que conocían el significado del concepto "muerte cerebral" eran más favorables a la donación ($p < 0.025$).

Nudeshima (1991) pone de relieve la influencia cultural en el desarrollo de actitudes y comportamientos relacionados con la donación de órganos para trasplante; el autor señala cómo en Japón no se acepta la muerte cerebral, ni el trasplante de órganos, debido a dos tipos de razones:

- Razones culturales. En la cultura japonesa pervive un sentido comunitario de la muerte que impone la obligación de llevar a cabo con la presencia del cuerpo íntegro del fallecido, diversos rituales funerarios durante un largo período de tiempo hasta que todos los miembros de su comunidad reconocen la muerte del sujeto.

- Barreras procedentes de la clase médica. Estos factores que dificultan la donación de órganos son, en opinión del autor, "falta de información y apoyo a los pacientes y sus familiares", "falta de cuidados a los pacientes terminales", "desconsideración de la opinión pública sobre estos temas" y "planificación sanitaria paternalista".

A pesar de estos problemas culturales y sanitarios, como puede apreciarse en la tabla nº 21 que presenta la evolución de las actitudes hacia la donación en Japón, existe una parte creciente de la opinión pública que se muestra favorable a la donación de órganos:

Respuestas	Año de la encuesta				
	1982	1984	1986	1988	1990
Darí­a permiso para la donación(*)	41.1%	48.1%	44%	46.3%	51%
Negarí­a permiso para la donación	—	20.2%	19.8%	20%	15.6%
No sabe	47%	27.7%	32.4%	30.7%	30.9%

(*) Incluye "consentimiento cualificado" con previo consentimiento del fallecido o donación en vida a un receptor conocido.

Tabla nº 21: Evolución de la actitud hacia la donación en Japón

Sin embargo, el porcentaje de personas que negaría el permiso para la donación y el de individuos que desconocen qué decisión tomarían en tal situación es significativamente superior al de la mayoría de los países occidentales.

Domínguez y cols. (1991) parten de un hecho ampliamente contrastado sobre la donación de órganos en Puerto Rico; a pesar de que desde el año 1977, se habían realizado numerosos esfuerzos para promover a través de los medios de comunicación la donación de órganos, la tasa de donaciones en Puerto Rico permanece extremadamente baja, con una tasa de negativas familiares del 80%. Sin embargo, como muestra la tabla nº 22, las actitudes hacia la donación de la mayoría de los encuestados fueron muy positivas.

Afirmaciones sobre donación de órganos (Se explicita el destino de la donación)	Porc. de respuestas afirmativas
Donaría un órgano a un hijo mio	85,2%
Donaría un órgano a mi padre	76,4%
Donaría un órgano a mi esposa	75,4%
Donaría un órgano a un pariente	65%
AFIRMACIONES SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS (No se explicita el destino de la donación)	
Donaría mis órganos, después de mi muerte	75%
Donaría los órganos de un familiar fallecido	62,1%

Tabla nº 22: Actitudes de una muestra de la población de Puerto Rico hacia distintos tipos de donación de órganos.

Los autores concluyen que el público conoce la donación y el trasplante de órganos y tiene una actitud favorable hacia la donación. Ahora bien, deben existir toda una serie de factores incontrolados que hacen que la tasa de negativas familiares sea, posteriormente del 80%.

Wakeford y Stepney (1989) realizaron un amplio estudio sobre la disposición hacia la donación en la población inglesa, en el personal médico y en el de enfermería de unidades relacionadas con la donación y el trasplante de órganos. Aplicaron distintas encuestas a una muestra representativa de la población nacional inglesa (n=1471), de la profesión médica (n=590) y del personal de la plantilla de unidades donde se realiza la detección de potenciales donantes (n=380). Algunos resultados fueron:

Personal médico

La mayoría de los encuestados desearía que se llevasen a cabo más trasplantes. Una tasa de eficacia del 50% a los 5 años fue considerado como una buena justificación clínica de los trasplantes. Se mostró menos apoyo a los trasplantes de hígado y corazón que a los de córneas y riñón.

Población general

Un porcentaje muy pequeño rechazaría donar órganos específicos. A un 30% le preocupó que los médicos pudieran verse presionados para extraer los órganos sin estar seguros de la muerte del paciente.

Plantilla de las unidades de cuidados intensivos.

Se opinó que el factor que más restringía la donación de órganos en sus propias unidades era el estrés que producía el realizar la petición a los familiares del difunto; citaron "la falta de entrenamiento en realizar el proceso de petición"; y, por último, la publicidad adversa divulgada por los medios de comunicación. Se consideró que incrementar el conocimiento del público hacia la donación sería el método más adecuado para aumentar las donaciones.

Otro grupo de estudios psicosociales se han dirigido a investigar las actitudes hacia las donación y los trasplantes de órganos de profesionales sanitarios. La importancia de estas investigaciones reside en que la obtención de órganos dependerá en buena medida del comportamiento que muestren los profesionales sanitarios en su relación con los familiares de los potenciales donantes. La Organización Nacional de Trasplantes (1993) subraya que "... se ha demostrado que uno de los principales escollos para la obtención de órganos está dentro del propio establecimiento sanitario hospitalario". "Estudios recientes en USA señalan que cuando el personal sanitario que realiza la entrevista familiar se siente cómodo con su tarea, obtiene un porcentaje de éxitos (obtención de donaciones orgánicas) superior al 80%, y que ese porcentaje es cero cuando se siente a disgusto con lo que está haciendo". En la misma línea Shanteau y cols. (1992) concluyen que "gran parte de la solución para la escasez de órganos vendrá del cambio de actitudes y comportamiento de la comunidad médica". A partir lo que acabamos de

señalar, el estudio de las actitudes de los profesionales sanitarios se convierte en un objetivo de indudable valor en relación al problema de la escasez de donaciones orgánicas.

Protas y Batten (1988) estudiaron las actitudes hacia la donación de órganos entre distintos profesionales sanitarios relacionados directamente con la obtención de los órganos. Para ello, aplicaron un cuestionario de 50 ítems a muestras representativas a nivel nacional de administradores de hospitales, directores de enfermería, enfermeros de la unidad de cuidados intensivos y neurocirujanos. Compararon después los datos obtenidos, con las actitudes de una muestra de la población estadounidense formada por 750 personas que fueron entrevistadas telefónicamente.

Los resultados del estudio actitudinal, recogidos en la tabla nº 23.

	Administradores de Hospital (N= 222)	Directores de Enfermería (N= 227)	Enfermeros de la U.C.I. (N= 878)	Neurocirujanos (N= 246)	Público (N= 750)
Personalmente, apoyo firmemente la donación de órganos	91%	93%	93%	91%	90%
Consideraría la donación de mis propios órganos	---	96%	94%	91%	72%
He discutido mis sentimien- tos hacia la donación de órganos con mi familia.	---	68%	71%	52%	46%
Consideraría la concesión del permiso para donar los órganos de un miembro de mi familia.	---	96%	95%	94%	53%

Tabla nº 23 : Porcentaje de respuestas afirmativas a diversas cuestiones de distintos grupos de personal sanitario directamente relacionado con la donación de órganos y del público en general.

Eitner y cols. (1988) realizaron una encuesta a nivel nacional a 545 profesionales sanitarios de 176 centros de trasplante de EE.UU. con el objetivo de medir los conocimientos sobre donación y trasplante de órganos y las actitudes hacia ellos. Los resultados mostraron una actitud favorable a la donación de órganos propios (80%) y de familiares (74%); el 47% de los encuestados poseía carné de donante de órganos.

Habar y cols. (1990) realizaron un estudio con 1000 profesionales sanitarios no médicos involucrados en alguna etapa del proceso de donación de órganos de los estados de Tennessee, Arkansas y Misissipi, para conocer sus actitudes hacia la donación de órganos. Los resultados obtenidos muestran que si bien 90% de los sujetos manifestó no tener ninguna objeción moral a la donación, sólo un 45% se mostró dispuesto a donar sus propios órganos, mientras que el 50% donaría los órganos de un fallecido. Esta aparente paradoja queda en parte explicada por otros dos resultados; un 35,5% de los encuestados no reconocía a la "muerte cerebral" como auténtica muerte física; y un 30% de los que se declararon "no donantes" percibían al trasplante como una terapia escasamente eficaz.

Falvo y cols. (1987) evaluaron las actitudes hacia la donación de los médicos residentes de un hospital estadounidense a través de un cuestionario expresamente diseñado. En general, la actitud hacia la donación fue positiva. Sólo el 25% de los residentes habían firmado un carné de donante; a este respecto, los mejores predictores del comportamiento de haber

firmado un documento sobre la donación de órganos fueron el "grado de conocimiento sobre la donación" y los "sentimientos que supusieron tendrían las familias de los receptores de los trasplantes".

También los conocimientos que posean los profesionales sanitarios sobre "muerte cerebral", legislación sobre trasplantes, etc., pueden influir en la obtención de los órganos. Younger y cols. (1989) entrevistaron a 195 médicos y enfermeras, potencialmente involucrados en el proceso de obtención de órganos. Únicamente el 35% de los sujetos identificó correctamente los criterios médicos y legales establecidos para determinar la muerte; este general desconocimiento dificulta la identificación de los posibles donantes de órganos. Las dos variables más influyentes en la intención de donar los órganos fueron el "conocimiento sobre donación y trasplante" y "haber tenido una experiencia previa en el cuidado de receptores o donantes".

En nuestro país, el Equipo de Coordinación de Trasplante del Hospital General de Segovia (1991) aplicó recientemente una encuesta a 462 personas trabajadores con distinta categoría profesional de ese centro sanitario con el objetivo de averiguar sus actitudes acerca de la extracción de órganos para trasplante. Los resultados del estudio reflejan algunos problemas que pueden afectar a la obtención de los órganos.

Todos los encuestados declararon estar de acuerdo con la extracción de órganos a cadáveres; pero sólo el 70% se mostró de acuerdo con la extracción de órganos en pacientes diagnosticados de muerte cerebral; los

motivos del desacuerdo del restante 30% eran, dudas sobre la seguridad del método diagnóstico (41%); falta de información sobre la muerte cerebral (39%); motivos ético-morales (10%); creencias religiosas (8%).

Se hallaron importantes diferencias en relación a la aceptación de la extracción de órganos en caso de muerte cerebral entre el "personal sanitario" (79%) y el "personal no sanitario" (47%). El resultado más llamativo y preocupante fue que el 21% del personal sanitario no estuvo de acuerdo con la extracción de órganos en caso de muerte cerebral.

Por otra parte, el 18% de los encuestados declaró creer que "existe algún tipo de comercio de órganos (sobre todo, en el Tercer Mundo)", y ocho personas (un 2% sobre el total) creían que había "favoritismo o manipulación en las listas de espera".

En cuanto a la disposición a donar los órganos propios, tras la muerte, el 87,6% respondió que "sí" los donaría, mientras que un 6,5% respondió que "no" lo haría; el 5,8% restante no contestó o no supo qué responder.

La disposición a donar los órganos de un ser querido fue considerablemente menor que la disposición a donar los propios órganos; el 72,9% afirmó que los donaría, el 13,6% manifestó que "no" lo haría y el 13,4% eligió la categoría "no sabe-no contesta".

Por último, se solicitaba a los sujetos que dijese si habían expresado a sus familiares cercanos su voluntad en relación a la donación de

órganos. Los resultados muestran que el 44,8% "sí" lo había hecho frente a un 45,4% que respondió que "no".

Este estudio presenta algunos datos de gran interés que requieren una reflexión detenida. En cualquier caso, parece importante desarrollar en el medio sanitario campañas de información y educación sobre el concepto de muerte cerebral y sobre todos aquellos otros temas que puedan dificultar la colaboración de un colectivo tan importante en las tareas de obtención de órganos.

El personal sanitario directamente encargado de solicitar la donación no es el único colectivo que puede influir en la facilitación o denegación de órganos por parte de familiares de fallecidos; como señalan Rochera y Calabulg (1990) "el trato que el paciente y los familiares hayan recibido en el hospital va a ser muy importante para que den la autorización a la donación"; de hecho, continúan, "un trato incorrecto por parte de cualquier estamento o servicio en el que el paciente ha sido atendido desembocará hacia una negativa familiar y por el contrario, si la familia ha visto que el personal sanitario se ha esforzado en todo momento en salvar la vida del paciente y la información que han recibido ha sido correcta, facilitará la autorización para la donación de órganos". Esta posible influencia de las actitudes de los trabajadores en centros sanitarios cuya labor no se halla directamente relacionada con la obtención de órganos, ha sido recientemente investigada por Frutos y cols. (1993); estos autores compararon los resultados de un

cuestionario sobre actitudes hacia la donación aplicado a los trabajadores ajenos a la obtención de órganos de dos hospitales malagueños, uno con actividad trasplantadora y otro sin ella. La principal conclusión a la que se llegó fue la de que los trabajadores sanitarios, sean o no donantes de órganos, sospechan de la existencia de irregularidades en torno al "adelanto del certificado de defunción en las donaciones" (el 58% de los encuestados opinaron de esta manera); además, piensan que existe "desigualdad de oportunidades y falta de objetividad en la distribución de órganos" (52,1%). Los autores consideran que estos resultados apoyan la idea de que los principales problemas que impiden aumentar las donaciones en los hospitales malagueños son la alta tasa de negativas familiares (estabilizada entre el 35% y el 45% en los últimos tres años) y los escasos conocimientos legales y científicos sobre el diagnóstico de muerte cerebral que poseen los trabajadores sanitarios.

Nivet y cols. (1990) estiman que se perdieron un 14% del total de posibles donaciones en el período que va desde Enero de 1.980 a Octubre de 1.988 en un estudio realizado en el Hospital pediátrico de Tours, debido a diversos problemas en el equipo médico; entre las causas de este desaprovechamiento de órganos citan el "desconocimiento de las características del trasplante de órganos", las "dificultades para aceptar el criterio de muerte cerebral", los "problemas ético-religiosos" y la "falta de coordinación entre el equipo de cuidadores y el de extracción".

Las autoridades sanitarias españolas han ido tomando conciencia

paulatinamente de la envergadura de este problema y recientemente han comenzado a desarrollar diversas acciones encaminadas a paliarlo mediante el desarrollo de programas informativos y educativos destinados al colectivo sanitario. Así, por ejemplo, la Comisión Permanente sobre trasplante de órganos y tejidos del Ministerio de Sanidad (1993) entiende que "las campañas promocionales dirigidas a la población en general, o a colectivos concretos como el de profesionales sanitarios constituyen, por tanto, una medida de completa y efectiva rentabilidad social". Por su parte, la Organización Nacional de Trasplantes (1993) viene desarrollando un programa que trata de aumentar las donaciones de órganos "atendiendo a la formación de las personas encargadas de solicitar a los familiares del difunto el permiso de extracción".

Otra manera de abordar el estudio de las actitudes de la donación de órganos reside en caracterizar psicosocialmente a grupos de "donantes" y de "no donantes", con el objetivo de averiguar las variables que discriminan entre ambos.

Corlett (1985) adoptó esta estrategia de investigación para averiguar qué variables psicosociales diferenciaban a seis grupos de sujetos canadienses, distribuidos de la siguiente forma: dos grupos de "donantes de órganos", dos de "no-donantes" y otros dos de "padres de jóvenes con carné de conducir" (en Canadá, se suele ofrecer la oportunidad de firmar una tarjeta de donante a los que obtienen por primera vez el carné de conducir), algunos de ellos, donantes. El método de trabajo consistió en recoger creencias y

actitudes hacia la donación de órganos, extraídas de los protocolos de entrevistas a los seis grupos de sujetos, mediante la técnica de "grupos focalizados"; el análisis de resultados fue fundamentalmente cualitativo, pero de considerable interés. Algunas conclusiones importantes:

La principal motivación de los "donantes" consistía en "ayudar a alguien"; en ellos, subyacía la idea de que el estado del cuerpo después de la muerte es irrelevante. Las razones principales para no donar los órganos, tras la muerte, resultaron ser, entre otras, la posible precipitación en la extracción de los órganos, relacionado con el miedo a estar aún vivo al decretar la muerte cerebral y con papel que desempeña el cadáver en la formación del duelo de la familia; el horror ante la idea de mutilación; el fatalismo relacionado con la idea supersticiosa de relacionar la firma del documento de la donación con el adelanto de su muerte; la creencia de que la edad avanzada impedía la viabilidad del trasplante de órganos; y la ausencia de planteamientos sobre el tema.

Tanto "donantes" como "no donantes" opinaban que un pariente cercano no debería poder contradecir los deseos de donar órganos manifestados por una persona. Los informadores sostenían la necesidad de crear un documento con reconocimiento legal que liberara a los parientes de la responsabilidad de decidir.

Todos consideraban necesario publicitar la donación de órganos para conseguir concienciar a la opinión pública sobre la importancia del

problema de la escasez de donaciones y para prevenirla contra mitos, miedos y supersticiones relativos a la muerte, la mutilación del cuerpo, etc.

El trabajo de Corlett pone de relieve aspectos fundamentales que se relacionan íntimamente con la investigación que nos ocupa. En él se apuesta decididamente por el trabajo en comunidad para concienciar e informar sobre el problema. Se plantea incluso la oportunidad de contrastar diferentes alternativas en un proceso eminentemente activo y participativo de toma de decisiones en aspectos fundamentales de la donación y del trasplante.

Perkins (1987) ha realizado una importante revisión documental sobre donación de órganos para trasplante; para ello, estudió detenidamente los resultados de algunas de las más importantes investigaciones psicosociales sobre donación de órganos procedentes de (Corlett, 1985b; Robbinette y cols., 1985; Prottas, 1983; Osborne & Gruneberg, 1979; Simmons & Fulton 1972; Cleveland & Johnson, 1970; Cleveland, 1975, Simmons y cols., 1974). Sus dos objetivos fundamentales fueron encontrar los perfiles psicosociales de las personas con actitudes favorables a la donación de órganos para trasplante; e indagar sobre las razones que pueden estar en la base de la negativa a la donación de órganos.

Este autor parte de considerar que hay tres niveles en la consecución de donaciones de órganos; cada nivel presenta una problemática diferente y requiere distintas soluciones: identificar un donante apropiado, iniciar una petición de extracción y obtener el consentimiento familiar. La mayor parte

de las veces no se llega a la donación por fallos en el tercer nivel.

Para el autor, la tarjeta de donante no es un elemento definitivo debido a que los encargados sanitarios solicitan siempre el permiso a la familia; es ella, en última instancia la que decide si facilitará o no el permiso para extraer los órganos del familiar fallecido; no obstante, el carné de donante puede suponer un elemento informativo sobresaliente que favorezca la donación.

El perfil-tipo de las personas que tienen una actitud positiva hacia la donación en Estados Unidos sería, en opinión del autor, el de una mujer joven, que ha realizado previamente trabajos relacionados con la ayuda a los demás, donante de sangre, no pertenece a ninguna religión formal, acepta la propia muerte con naturalidad, no se preocupa por los rituales tradicionales de entierro.

El perfil-tipo de las personas que son donantes, es decir, que han firmado la tarjeta o carné que los identifica como tales, estaría compuesto por las siguientes características: adultos (hombres y mujeres indistintamente) jóvenes con estatus socio-económico alto y elevado nivel de educación, de raza blanca, que conocen el procedimiento para firmar la tarjeta de donante y las consecuencias de que conlleva esta decisión.

Por último, el autor señala algunas de las razones aludidas en los distintos estudios revisados para no hacerse donantes de órganos: la muerte sería declarada con más rapidez de la debida; la extracción de órganos

causaría una desfiguración inaceptable en el cadáver; la creencia de que los mayores de 40 años no pueden ser donantes de órganos.

Los factores que se relacionan con el consentimiento familiar a la donación de órganos de un pariente resultaron ser:

Normalmente, es un asunto discutido previamente entre los miembros de una familia. Existe una actitud favorable por parte del personal sanitario (comprensión, deseo de no incoordinar a los familiares y compromiso con el tema). La situación se presenta como urgente; cualquier demora pone en peligro la vida del receptor de la donación. Se realiza la petición del órgano con cierto estilo informal, comprensivo, sin símbolos de autoridad, con un tratamiento informativo (con mayores posibilidades de éxito si es una mujer). La correcta explicación del concepto de "muerte cerebral" y el significado de irreversibilidad que comporta. La existencia de campañas para incrementar la firma de tarjetas de donante es interesante para reforzar la postura favorable a la donación.

Prottas y Batten (1991) estudiaron las actitudes del público americano hacia la donación de órganos a través de encuesta telefónica a una muestra-aleatoria de 750 adultos estadounidenses. El objetivo del estudio fue identificar grupos diferenciados de personas que pudiesen aprovechar mejor los esfuerzos educacionales tendentes a aumentar la donación. El procedimiento fue analizar el peso estadístico de diversas variables actitudinales y demográficas en grupo de personas comprometidas a donar sus órganos, en

otro de personas opuestos a donar sus órganos, y, finalmente, en otro de sujetos que podrían cambiar de opinión si se les proporcionase más información.

Las diferencias más significativas entre los tres grupos considerados se encuentran en la opinión que mantienen sobre dos afirmaciones:

1) "La donación de órganos ayuda a las familias del donante en el proceso de aceptación de su muerte". El 89% de los pertenecientes al grupo de los sujetos "comprometidos con la donación de órganos" se mostraban partidarios de esta afirmación, frente a un 81% de sujetos pertenecientes al "grupo de sujetos que podrían cambiar sus opiniones con información más específica"; por fin, sólo el 60% del grupo "opuesto a la donación" respondían afirmativamente a esta cuestión. Las diferencias son significativas ($p < 0,001$).

2) "No está bien mantener artificialmente la actividad cardíaca cuando el cerebro ha muerto". En esta cuestión las diferencias entre los tres grupos son significativas ($p < 0,01$); el grupo más favorable a esta afirmación es el de los sujetos "que podrían cambiar sus opiniones con información más específica" (84%), seguido del grupo de los "comprometidos con la donación de órganos" (81%) y, en último lugar, el grupo de los "opuestos a la donación de órganos" (73%).

Keller (1989) aplicó un cuestionario de 27 ítems a los 145 sujetos con la finalidad de obtener el perfil psicosocial distintos grupos de interés. E l

grupo de sujetos que desean que la distribución de los órganos procedentes de donaciones se rija por la ley de la oferta y la demanda presenta mayoritariamente un bajo nivel educativo, tiene más de 25 años y cree que el criterio prioritario que debe ser aplicado es el del tiempo en lista de espera. El grupo de personas que desean que el reparto sea controlado por el gobierno son de alto nivel educativo, tienen entre 18 y 25 años y considera que la gravedad del receptor debe ser el criterio prioritario en la adjudicación de órganos.

Parisi (1986) aplicó dos escalas actitudinales a 110 personas (87% empleados de nivel medio, 13% estudiantes y personal universitario) residente en Nueva York. La escala actitudinal denominada "Organ Donation Attitude Scale" (Escala de Actitudes hacia la Donación de Órganos) y la escala, "Behavioral Commitment Scale" (Escala de Comportamientos de Colaboración). El análisis de varianza mostró que el grupo de "alta actitud positiva" obtuvo puntuaciones significativamente más altas en la escala de "Comportamientos de Colaboración" que el grupo de "baja actitud positiva". Por otra parte, cuando el grupo de "alta actitud negativa" tuvo valores altos, la puntuación obtenida en la subescala de "Actitud Positiva" no tuvo efecto importante sobre los Comportamientos de Colaboración; sin embargo, en el grupo de "baja actitud negativa", las puntuaciones obtenidas en la subescala de "Actitud Positiva" tenían efectos significativos para los Comportamientos de Colaboración.

A partir de este mínimo apunte de los amplios resultados obtenidos, se pueden derivar algunas *conclusiones* de interés. Es posible hablar de un Actitud Positiva hacia la donación de órganos constituida por los beneficios humanitarios de la donación y el orgullo experimentado por el donante y de una Actitud Negativa que involucra el miedo de recibir tratamiento médico inadecuado y el rechazo a la mutilación; ambas, conjuntamente, predicen mejor el comportamiento que por separado. La escasez de argumentos en contra de la donación de órganos parece determinar de forma más significativa la donación de órganos para trasplante que la abundancia de razones favorables; se hace preciso estudiar detenidamente las variables que pueden favorecer el desarrollo de una actitud negativa hacia la donación de órganos. Las campañas educativas deben incrementar las actitudes positivas y hacer disminuir las negativas; en ellas, además de la intervención sobre el ámbito cognitivo, debe intervenir sobre el ámbito afectivo, ya que algunos de los componentes de la Actitud Negativa no son reducibles racionalmente.

En la misma línea de preocupación metodológica, Noal y Spanos (1989) aplicaron a 108 estudiantes una batería de cuestionarios estandarizados sobre diversas variables psicológicas y otros no estandarizados sobre "percepción del estado de salud", "actitudes" y "comportamientos asociados a la donación de órganos".

El grupo de "posibles donantes" estaba significativamente menos informado, había comentado menos el asunto con la familia y conocía menos donantes que el grupo de los "donantes reales".

Los sujetos que se oponían a donar sus órganos alegaron más frecuentemente "miedo a la mutilación" y "a que no se apliquen las medidas para salvar su vida" que los sujetos considerados "donantes posibles".

Un número significativamente mayor de "donantes posibles" que de sujetos "opuestos a la donación" no habían pensado nunca en el tema.

A medida que desciende la vinculación afectiva con el posible donante, desciende la voluntad de donar en todos los grupos.

Los autores sugieren como vía de intervención para aumentar las donaciones, presentar información sobre los posibles receptores (urgencia e importancia del trasplante, dependencia de la donación, etc.) a los familiares de potenciales donantes como método más adecuado para implicar a estos sujetos en el proceso de salvación de la vida de los pacientes que necesitan el trasplante de órganos.

Horton y Horton (1991) plantean un estudio actitudinal que, inspirado en la "teoría de la Acción Razonada", (Fishbein y Azjen, 1975; Triandis, 1980; Fishbein, 1980; Azjen y Fishbein, 1980; Azjen, 1982; Azjen y Madden, 1986) permita explicar la decisión de firmar la tarjeta de donante de órganos.

La teoría de la Acción razonada postula que el mejor predictor de la conducta es la "intención" de actuar; la "intención" depende tanto de la "actitud" de la persona hacia el objeto social directamente implicado en la conducta, como de la "norma personal" que aplica a dicha acción. A su vez, la "actitud" es función del valor subjetivo que cada persona otorga a las consecuencias esperadas de la posible conducta y de la probabilidad subjetiva de que este resultado se produzca. La "norma personal" es función de la norma social (entendida esta como la opinión generalmente aceptada por el medio social sobre lo que está bien hacer), ponderada por la motivación del individuo para seguir esta norma.

La teoría de la Acción Razonada implica que el comportamiento final es resultado de un proceso cognitivo de razonamiento. La firma de un carné de donante es un conducta observable que suele ser producto de un proceso de toma de decisión; esta peculiaridad permite su inclusión entre las conductas que pueden ser estudiadas desde la perspectiva de la Teoría de la Acción Razonada.

Bajo este marco teórico, Horton y Horton (1991) llevaron a cabo dos estudios con la finalidad de construir un modelo explicativo de la conducta de solicitar la tarjeta de donante de órganos.

Los autores emplearon a 295 estudiantes de una Universidad privada El resultado más significativo en el primer estudio (tabla nº 24), muestra que el 70% de la varianza la variable "intención de donar los órganos" está

explicada por las "actitudes hacia la donación de órganos; no obstante, en lo que se refiere a la posesión del carné de donante, sólo el 40% de la varianza puede ser explicada a partir de las puntuaciones en la variable "intención"..

	Variable Dependiente	Variables Independientes	Coef. de regresión estandarizado	Porcentaje de Varianza explicada
I	Actitudes	Valor "Helpful" Conocimientos	0.30 0.60	37%
II	Intención	Actitudes	0,84	70%
III	Carné de donante	Intención	0,63	40%

Tabla nº 24 : Ecuaciones estructurales del primer modelo de Horton y Horton

En el segundo estudio se emplearon 465 sujetos de la población general, con una media de 44,8 años de edad. Algunos de los principales resultados fueron que no hubo diferencias significativas entre los datos obtenidos en la muestra de estudiantes y los hallados en la muestra de la población general. Ello, según los autores, confirma la validez del modelo que aplicaron y que se haya recogido en la figura nº 27 y tiene importantes consecuencias para el planteamiento de estrategias de incremento de donaciones en la población.

de la "intención" de donar órganos a partir de las puntuaciones obtenidas en la variable "actitud hacia la donación" (79% de varianza explicada, frente a 70% en el modelo inicial).

	Variable Dependiente	Variables Independientes	Coef. de regresión	Porcentaje de Varianza explicada
I	Actitudes	Valor "Helpful" Conocimientos	0.15 0.41	31%
II	Intención	Actitudes	0,90	79%
III	Carné de donante	Intención	0,74	63%

Tabla nº 25: Ecuaciones estructurales del segundo modelo de Horton y Horton

A partir de la explicación de los resultados de la aplicación de este segundo modelo que no entramos a exponer por razones obvias de espacio, los autores proponen una serie de medidas que podrían coadyuvar al incremento de las donaciones:

Utilizar el conjunto de valores (tolerancia, buen humor, valentía, etc.) que conforman el factor denominado "Helpful", positivamente relacionado con una actitud positiva hacia la donación en mensajes educativos y persuasivos, para incrementar la satisfacción percibida con los propios valores, y percibida al hacerse un potencial donante de órganos. Una posible estrategia sería relacionar el comportamiento de donación de órganos con todos los

valores implicados en la constitución del factor "helpful"; en este sentido, se propone, por ejemplo, que las campañas de donación resalten que hacerse donante de órganos es consistente con los valores de "mentalidad abierta", "valentía", "alegría".

En relación a los conocimientos, se deben utilizar comunicaciones que corrijan las falsas percepciones sobre los riesgos de firmar el carné de donante, para así rebajar el "coste psicológico" que ello conlleva. A su vez, se constata la confusión existente en torno a lo que significa el término "muerte" en el contexto de la donación de órganos y la falta de conocimiento del apoyo dado por la religión a la donación. Los autores proponen que las iglesias y sinagogas sean centros donde se distribuya y disemine información y se anime a los fieles a donar.

Los medios de comunicación deberían transmitir la experiencia de las personas que necesitan un trasplante, ya que por ser su número muy bajo, un gran número no tienen personas tengan contacto directo con ellas, aspecto éste relacionado positivamente con la donación de órganos.

Los centros de donación de sangre deberían ser utilizados como canales efectivos para distribuir información sobre la donación. Lo mismo podría hacerse en los centros donde se adquiere el carné de conducir.

ESTUDIOS EXPLORATORIOS

Los estudios exploratorios restringidos son un tipo especial de investigaciones psicosociales cuyo principal objetivo es comprobar la influencia que un reducido número de variables psicosociales tienen en la "donación de órganos" (de personas vivas, procedentes de cadáveres o mediante la firma de una tarjeta de donante) para trasplante.

Fellner y Marshall (Fellner, 1971; Fellner y Marshall, 1968, 1970, 1981; Fellner y Schwartz) fueron los precursores de estos estudios psicosociales sobre donación de órganos.

Expondremos algunos resultados de diferentes tipos de estudios exploratorios.

Donación de órganos y "percepción de la muerte".

Robbins (1991) realizó un extenso estudio correlacional con el objetivo de estudiar la influencia de la percepción de la muerte propia y ajena en la donación de órganos, en su manifestación conductual más fácilmente observable, como es la posesión de carné de donante. Se dividió a efectos de análisis estadístico, a los sujetos en "donantes" y "no donantes" según hubiesen declarado tener o no carné de donante. Las correlaciones halladas entre la posesión de carné de donante y las diferentes escalas empleadas en el estudio se encuentran en la tabla nº 26.

Tabla nº 26 : *Correlaciones entre "posesión del carné de donante" y escalas de ansiedad y afrontamiento de la muerte*

Escala	Correlación
Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen	.33***
Escala de Ansiedad Hacia la Muerte de Templer	-.29**
Escala de Colett-Lester	
Subescala de Temor a la Muerte de Uno Mismo	-.25**
Subescala de Temor a la Muerte de Otros	-.33***
Subescala de Temor a Morir Uno Mismo	-.30**
Subescala de Temor a Morir los Otros	-.19*
Inventario del Estado de Ansiedad de Spielberg	-.06
Inventario del Rasgo de Ansiedad de Spielberg	-.09
Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne	-.08

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$

Estos resultados permiten caracterizar a los sujetos "no donantes" como significativamente más preocupados (hasta los límites de la ansiedad) por su propia muerte, con menor capacidad para afrontarla, con mayor ansiedad física (factores externos como sudoración excesiva, insomnio, etc.) que los "donantes". Por su parte, los "donantes" serían sujetos con menos miedo a la muerte, tanto propia como de otros, con menor ansiedad a la muerte y con mayores capacidades para afrontarla.

Este estudio confirma los resultados de recientes investigaciones nacionales (Pérez y cols., 1993; Domínguez y cols., 1991) e internacionales

(Shanteau y cols., 1992) que encuentran que la percepción de la muerte de forma temerosa (miedo a la mutilación del cuerpo, significado del enterramiento, presencia del cadáver en el duelo familiar) es un factor que puede tener un efecto muy significativo en la decisión familiar sobre donación de órganos. En esta misma línea, Rochera y Calabuig (1990) consideran de gran importancia de cara a aumentar las donaciones de órganos, que se garantice a los familiares "que el cuerpo del donante será tratado con dignidad y que su apariencia física no quedará maltratada". La Comisión Permanente de Trasplante de Órganos y Tejidos (1993) en un documento de consenso sobre ética de los trasplantes sintetiza adecuadamente también la importancia del respeto al cuerpo del fallecido: "la idea de la mutilación del cuerpo es muy difícil de aceptar para el público en general. El cuerpo del fallecido representa para los familiares y allegados la última memoria del ser que acaba de morir. Es, por tanto, muy importante que su imagen recuerde lo más posible a la que de él se tenía en vida. Será necesario observar ciertas normas de respeto hacia el cadáver, después de la extracción de los órganos, con el fin de no herir ninguna susceptibilidad. Se harán todos los esfuerzos necesarios para que el aspecto externo sea reconstruido con la mayor fidelidad posible".

Donación de órganos y "apoyo social".

Gäbel y Lindskoug (1987) en un estudio actitudinal realizado con 783 habitantes de la ciudad sueca de Malmö hallaron una relación muy

significativa entre "actitudes hacia la donación de órganos" y "apoyo social". La tabla nº 27 muestra la significación estadística de las diferentes variables actitudinales utilizadas en el estudio en relación a los distintos niveles de "apoyo social".

Tabla n º 27: Influencia del "apoyo social" en la donación de órganos

PREGUNTA	APOYO SOCIAL	"Malo" (6%)	"Bueno" (40%)	"Muy Bueno" (51%)	P
1 Sí No No sabe		46,8 31,9 21,3	55,8 19,2 24,9	74,8 9,8 15,3	< .001
2 Sí No No sabe		41,3 19,6 39,1	47,1 22,0 30,8	51,3 28,0 20,0	.0029
3 Sí No No sabe		26,0 54,3 19,6	37,9 36,4 25,6	51,6 31,0 17,0	.0001
4 Sí No No sabe		32,6 45,6 21,7	40,9 30,7 28,3	49,8 23,6 26,4	.006
5 Sí No No sabe		46,8 23,4 29,8	55,8 22,3 22,0	71,0 15,6 13,4	.0001
6 Sí No No sabe		57,0 10,6 31,9	66,5 10,2 23,2	79,8 8,0 12,1	.0001
7 Sí No No sabe		46,8 17,1 36,2	64,2 11,0 24,6	82,3 5,0 12,6	<.0001

- 1.- ¿Puede usted aceptar la idea de que sus órganos internos sean utilizados para trasplante después de su muerte?
- 2.- ¿Piensa ud. que a cada ciudadano suco se le debería preguntar por su opinión (favorable o contraria) sobre la donación de órganos internos tras la muerte?
- 3.- ¿Está ud. de acuerdo con que los familiares puedan decidir a favor o en contra de la donación de órganos si el fallecido no ha expresado su opinión sobre la donación de órganos?
- 4.- ¿Comentaría la donación de órganos de un familiar muerto que en vida no hubiera expresado ninguna opinión sobre estos temas de donación de órganos?
- 5.- ¿Encontraría más difícil consentir la donación del corazón comparada con, por ejemplo, la donación de riñones o del hígado?
- 6.- ¿Respondería a una investigación oficial sobre donación de órgano, si el parlamento hubiera decidido que todo ciudadano suco debiera expresar su opinión (a favor o en contra) en relación a estos asuntos?
- 7.- ¿Aceptaría un injerto de órgano (riñón, corazón, hígado, páncreas) proveniente de una persona muerta si mediante el trasplante pudiera salvar su vida?

Ostergren y Gåbel (1993) replicaron el estudio anterior poniendo especial cuidado en operativizar con mayor precisión la variable "apoyo social", en una muestra de 6640 estudiantes suecos de 18 años. Según las puntuaciones obtenidas en estos tres índices, se dividió la muestra según los criterios de "Alto/Bajo Anclaje Social", "Alta/Baja Participación Social", "Alto/Bajo Apoyo Emocional" y "Altos/Bajos Logros Académicos" (este último criterio se estableció a partir de las calificaciones obtenidas en sus estudios).

El análisis de los datos realizados mostró que el grupo que se distinguía por tener actitudes positivas respecto a su propia muerte, hacia la donación de órganos de un familiar fallecido y hacia la idea de recibir un trasplante de cadáver estaba compuesto preferentemente por "mujeres", personas con "altos logros académicos" y sujetos con "alta participación social"; no se encontró relación significativa entre el resto de variables.

Donación de órganos y "grado de conocimiento sobre donación y trasplante de órganos".

Horton y Horton (1990) realizaron un amplio estudio sobre el conocimiento objetivo sobre la donación de órganos para trasplantes de 455 estudiantes pregraduados, 26 estudiantes de tercer ciclo y 465 personas de la comunidad circundante. Estos sujetos respondieron a 21 preguntas de "verdadero o falso" en relación al conocimiento objetivo sobre la donación de órganos.

El número total de respuestas correctas fue del 74,6% y la tasa de respuestas correctas varió ampliamente según las preguntas. Las cuatro preguntas que presentaron mayores índices de error fueron consideradas por los autores como "barreras hacia la donación". Específicamente estas preguntas conciernen al "apoyo de la religión a la donación de órganos", al "concepto de muerte cerebral", a la normalmente rígida "separación entre los equipos de médicos que son responsables del seguimiento del donante y del receptor" y a la creencia errónea de que "para que un carnet de donante sea válido debe estar cumplimentado por el Dpto. de Salud y Servicios Humanos de la EE.UU.". Una alta tasa de respuesta correctas se correlacionaba significativamente con "Llevar consigo el carnet de donante" ($p < 0,0001$), "Voluntad de solicitar dicho documento" ($p < 0,001$), "Actitud positiva hacia la donación de órganos" ($p < 0,0001$), "Voluntad de donar los propios órganos" ($p < 0,0001$) y "Voluntad de donar los órganos de los familiares fallecidos" ($p < 0,0001$)*.

Estos hallazgos sugieren, en opinión de los autores, la necesidad de elevar el apoyo del público hacia la donación de órganos mediante campañas publicitarias dirigidas a combatir las denominadas por los autores "barreras hacia la donación" y mediante acciones educativas concretas en los centros escolares, dirigidas a aumentar el conocimiento objetivo de los aspectos más importantes de la donación y el trasplante de órganos.

La difusión de información objetiva sobre donación y trasplante de órganos para combatir rumores e informaciones sesgadas ha sido bien documentada en un trabajo de Cantarovich (1989). En Argentina, durante el período 1984-1988 se difundieron a través de los medios de comunicación rumores sobre la proliferación de secuestros destinados a extraer riñones de las víctimas con destino a un supuesto mercado negro de órganos. El desprestigio de la donación de órganos fue tan grande que el Gobierno de la nación se vio obligado a intervenir a través de los servicios de sanidad. Para ello, se utilizaron estudiantes universitarios que realizaron una campaña intensiva de información en sus respectivas comunidades, mediante la que se difundieron datos objetivos sobre la donación y el trasplante de órganos. Los resultados fueron rápidos; se restableció la confianza de la población en el programa de trasplante de órganos y aumentó la actitud positiva hacia la donación.

Diversos autores (Caplan y Virnig, 1990; Swerdlow y Cate, 1990; Creech y Whright, 1990; Pottecher y cols., 1990; Perkins, 1987) han subrayado la importancia de aumentar el conocimiento del público sobre estos temas, a través de campañas de divulgación que incluya datos objetivos sobre donación y trasplante de órganos.

Donación de órganos y "persuasión"

Un grupo reducido de estudios se ha preocupado de la donación de órganos desde la doble perspectiva teórica del "altruismo" y de los estudios sobre "persuasión". Winkel (1984) partió de que la comunicación pública es uno de los posibles métodos para reducir la escasez de órganos para trasplante. De acuerdo a la teoría de comunicación de masas, la naturaleza del mensaje persuasivo es el determinante fundamental de la efectividad de una campaña. Dicha efectividad se concretaría, en este caso, en la influencia positiva sobre el comportamiento de rellenar y firmar tarjetas de donante. El procedimiento de su investigación consistió en que un grupo de estudiantes recibió una comunicación convencional donde se resaltaban los aspectos positivos de la donación de órganos, mientras que otro grupo recibía una comunicación refutacional que incluía las consecuencias positivas de la donación de órganos a la vez que refutaba los creencias irracionales sobre esta conducta; por último, un tercer grupo ejercía de control y no recibía ningún tipo de información; tras escuchar estas comunicaciones, los sujetos podían rellenar y firmar individualmente una tarjeta de donante. Los resultados permitieron confirmar la hipótesis experimental; el grupo de sujeto que recibió una comunicación refutacional rellenó significativamente más tarjetas de donante de órganos que el grupo que sólo recibió una comunicación convencionales y que el grupo que no recibió información alguna.

Winkel y Hulsmans (1986) continuaron la línea de investigación del estudio de Winkel (1984), y de Winkel y Kosz (1983) y trataron de verificar la generalización de los resultados obtenidos en estos estudios con muestras de estudiantes a la totalidad de la población. El análisis de los resultados de tales estudios mostró que el grupo experimental (que había recibido un mensaje refutacional) rechazó con más fuerza las consecuencias negativas de la donación, mostró mayor intención de donar órganos y realizó más frecuentemente la conducta deseada (firma del carné de donante), que el grupo control. El nivel educativo no tuvo ninguna relación con las anteriores variables dependientes, es decir, no pudo probarse que existiese relación alguna entre "tipo de información" y "nivel educativo" que tuviese efecto en la "intención de donar órganos". Por último, los sujetos que mostraron un "alto grado de negación de responsabilidad" tendían a desarrollar una mayor creencia en las consecuencias negativas de la donación, una menor intención de adquirir la tarjeta de donante y un menor grado de realización de la conducta deseada, que los sujetos que tenían un bajo grado de "negación de responsabilidad". A continuación, se dividió a los sujetos en dos grupos, "alta y baja negación de responsabilidad", y se realizó un análisis de varianza en cada uno, cruzando, por una parte, la pertenencia al "grupo experimental" o al "grupo control" y, por otra, el grado de rechazo a cada una de las ocho consecuencias negativas de la donación señaladas en el cuestionario. Los principales resultados obtenidos fueron:

- En el grupo de "baja negación de responsabilidad", la información con mensajes refutadores no varió significativamente el grado de rechazo de las consecuencias negativas de la donación, ni la intención de donar, ni el grado de realización de la conducta deseada. Este resultado se podría ser explicado en base a un posible efecto techo, ya que, la mayoría de las personas que asumen la responsabilidad personal suelen rechazar las consecuencias negativas de la donación, muestran intenciones de donar y firman la tarjeta de donante.

- En el grupo de "alta negación de responsabilidad", la información con mensajes refutadores aumentó significativamente el grado de rechazo de cuatro de las ocho consecuencias negativas, así como la intención y la realización de la conducta deseada.

A partir de estos resultados los autores deducen cuatro conclusiones fundamentales: 1) No se verifica la hipótesis del riesgo de los mensajes refutadores en personas con "alta negación de responsabilidad". 2) Existe apoyo empírico suficiente para la utilización de mensajes refutadores en campañas de reclutamiento de donantes como método para revertir los efectos de la "alta negación de responsabilidad", pues, se han mostrado eficaces respecto al rechazo de consecuencias negativas, la intención de donar y la conducta deseada. 3) Se sugiere que el efecto negativo de los mensajes refutadores no se produce cuando se dan, como en este estudio, dos

condiciones: (A) los mensajes refutan eficazmente los argumentos en contra, (B) el mensaje activa sentimientos de obligación moral. El presente experimento estimularía el proceso de "encapsulación cognitiva" mediante el cual se bloquean los razonamientos para escapar de la asunción de responsabilidad personal. 4) Se sugiere que las campañas convencionales, que utilizan sólo argumentos favorables, no estimulan el efecto de "encapsulación cognitiva" y pueden tener, por ello, consecuencias negativas en sujetos con Alta Negación de Responsabilidad.

Otro estudio sobre el efecto de los mensajes persuasivos en relación a la donación de órganos han sido desarrollado recientemente por Ford y Smith (1991). De él se deduce, igualmente, que el mensaje refutacional se configura, a tenor de estos resultados, como la forma más adecuada de transmitir información objetiva sobre donación y trasplante de órganos.

Donación de órganos y "autoestima"

Otra forma de abordar el estudio de la donación de órganos desde la perspectiva teórica del "altruismo" se basa en la abundante evidencia empírica acumulada sobre la existencia de diferencias en la motivación hacia el comportamiento prosocial en personas con alta autoestima o talante positivo y personas con baja autoestima o talante negativo (Batson y cols., 1981). Weyant (1978), por su parte, demostró que los costes y beneficios de la función de ayuda son variables intervinientes entre auto-estima y comportamiento

altruista, esto es, la elección entre ayudar o retirar la atención están influenciados por los costos y beneficios de la ayuda. Desde esta perspectiva, la autoestima se define como un concepto autoevaluativo integrado por tres componentes: físico, social y general.

Hessing y Elffers (1985) realizaron un estudio para poner a prueba la hipótesis de que los valores de "Autoestima Física" tendrían mayor relación con un tipo especial de comportamiento altruista (donación de órganos tras la muerte) que los valores de la "Autoestima General". Para personas con "Autoestima General positiva" o "Autoestima Física positiva", el "Miedo a la Muerte" no influenció el comportamiento de donar ($r=0.00$). Ahora bien, para personas con "Autoestima Física negativa", se encontró una relación significativa entre "Miedo a la Muerte" y "comportamiento de donación" ($r=0.38$; $p< 0.01$), mientras que esta relación no apareció en personas con "Autoestima general negativa" ($r=0.12$). Los resultados apoyan la hipótesis del carácter multidimensional de la autoestima así como los anteriormente postulados efectos de los costes y beneficios sobre la autoestima y el comportamiento altruista de donación de órganos para trasplante.

Hessing y Elffers (1986) replicaron el estudio anterior. El análisis de resultados mostró correlaciones significativas entre 1) "Actitud hacia la muerte" e "intención de donar órganos" ($p< 0.05$); Las personas con una actitud más positiva hacia la muerte manifestaban más frecuentemente su intención de donar órganos; esta correlación fue mucho más fuerte en el grupo de "baja

autoestima" que en el de "alta autoestima" ($p < 0.05$). 2) "Miedo a ser declarado muerto prematuramente" e "intención de donar órganos" ($p < 0.01$); Las personas que declaraban temer ser declaradas muertas prematuramente tendían a mostrar una menor intención de donar órganos.

Los autores concluyen que en relación a la donación de órganos influyen dos tipos de ansiedades hacia la muerte, no relacionadas entre si; por una parte, la "actitud hacia la muerte" influye en las personas con una "baja autoestima"; por otra parte, el "miedo a ser declarado muerto prematuramente" ejerce una fuerte influencia en la "intención de donar" de ambos grupos ("autoestima alta" y "autoestima baja").

En los últimos años, gran parte de la investigación psicosocial se ha centrado en estudiar las variables que influyen en la concesión o denegación del permiso de extracción de órganos, por parte de los familiares de fallecidos en condiciones clínicas de donar sus órganos. El hecho de que entre el 75% y el 100% de los trasplantes de órganos realizados en Europa (En España, el 99%) y EE.UU. provengan de personas fallecidas cuyas familias han debido conceder el oportuno permiso de extracción ha influido en que la atención de los investigadores se dirija a estudiar el proceso de petición de órganos, desde diversas perspectivas. Buena parte de estas investigaciones se han realizado a partir de entrevistas a familiares que accedieron o denegaron el permiso de extracción; otros estudios se han dirigido a estudiar en la población general la influencia que ejerce sobre los familiares la información

que poseen sobre la opinión del difunto al respecto, mediante la descripción de situaciones hipotéticas de donación de órganos ante las que los informadores deben pronunciarse sobre si, en tal caso, concederían o no el permiso. En uno y otro caso, los autoinformes son las técnicas de recogida de información más utilizadas, debido, en gran parte, a las obvias dificultades que plantea la recogida de datos durante el proceso real de solicitud de permiso de extracción a los familiares de los fallecidos.

El proceso de donación de órganos de cadáveres implica en la práctica totalidad de los países, que los familiares del fallecido concedan el permiso para la extracción de sus órganos. La solicitud del permiso por parte de los coordinadores de trasplante se desarrolla en un ambiente fuertemente emocional cargado de dolor y de confusión ante el anuncio de la muerte de una persona querida. Muchos factores pueden influir en la decisión familiar final, sea esta favorable o desfavorable a la donación de órganos. Algunos investigadores han tratado de estudiar los determinantes de las "negativas familiares", es decir, de las variables que pueden explicar la oposición de los familiares de un fallecido en situación de convertirse en donante de órganos para hacer efectiva la cesión de sus órganos. Garrison y cols. (1991) realizaron un estudio documental retrospectivo en el que revisaron 32.562 muertes ocurridas en 1988 en el área de servicio de la asociación de "Afiliados a la Donación de Órganos" de Kentucky, con una población de 3,4 millones de habitantes. Los autores identificaron 173 donantes potenciales de órganos

sólidos, con una tasa de 50,8 donantes potenciales por millón de personas; de ellos, sólo 38 fueron donantes reales. Las causas de que no pudieran hacerse efectivo el resto de donaciones, fueron dos; en 29 casos, los médicos fallaron en reconocer que se daban las condiciones adecuadas para proceder a la donación de órganos; en 92 casos (52,5%), la familia se negó a conceder el permiso. En una segunda fase del estudio, se analizaron todas las referencias documentales de posibles donantes en un año, focalizándose el análisis en el proceso y temporalización de la petición; en 143 de los casos (92% del total), en los que existió una clara separación temporal entre la explicación de la muerte del potencial donante o la aceptación de ésta por la familia y la petición formal para la extracción de los órganos del difunto, se obtuvo el permiso familiar; por el contrario, sólo en 11 de los 86 casos en que se combinó la discusión de la muerte y la petición de la donación se pudo obtener el consentimiento (diferencia significativa $p < 0.05$). También se pudo comprobar que la asistencia educativa (explicación sencilla de todo el proceso de donación a los familiares del donante) y el seguimiento del proceso de muerte de cada paciente por parte de sus familiares incrementaron la tasa de donación durante el tiempo del estudio. Los autores concluyen que es esencial permitir una separación temporal entre la explicación de la muerte y la petición de permiso para maximizar la donación de órganos.

ESTUDIOS SOBRE EL PROCESO DE PETICIÓN DE ÓRGANOS

Otras investigaciones se han dirigido a estudiar los mecanismos psicológicos relacionados con la decisión familiar de consentir la donación. Un buen ejemplo de esta preocupación se encuentra en el estudio de Spina y cols. (1993) sobre variables psicológicas implicadas en la decisión familiar en relación a la concesión o denegación del permiso de donación de órganos; su investigación resulta especialmente importante en una país como Italia que tuvo en 1.991 la tasa de donación por millón de habitantes (5,22) más baja de todos los países de la Unión Europea. Los autores indican que, además de razones de carácter humanitario, se podía apreciar en los familiares de los fallecidos un anhelo latente, pero, bastante explícito, por mantener vivos a los familiares fallecidos, mediante su identificación con los receptores de sus órganos; desde un punto de vista psicológico, este hecho fue considerado por Spina y cols. (1993) como un mecanismo defensivo contra la angustia a la muerte. En 18 de los 20 casos, los familiares experimentaron un segundo período de crisis, cuatro ó cinco meses después de la donación, momento en el que el proceso de identificación donante-receptor tendía a desaparecer debido a varias razones, pero, sobre todo, por la dificultad para conocer y reunirse con los receptores de los órganos de los familiares fallecidos.

En la segunda parte de la investigación se aplicó un cuestionario que incluyó diferentes áreas de interés (datos demográficos, razones en las que han basado su decisión, reacciones ante el anuncio del fallecimiento del

familiar, etc.). Se analizaron 71 cuestionarios, rellenos por los equipos médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos que habían atendido al paciente y que estaban encargados de solicitar, tras su muerte, la donación a la familia. En 54 casos el equipo médico de la Unidad de Cuidados Intensivos había conseguido la donación; en los 17 restantes, la familia había rehusado.

En sus conclusiones pusieron de manifiesto que las principales razones por las que los familiares de los potenciales donantes no aceptan la "muerte cerebral" como "muerte real" fueron el mantenimiento de movimientos respiratorios inducidos por ventilación artificial, la temperatura del cuerpo y la persistencia de actividad cardíaca. Sin embargo, el obstáculo más importante para aceptar la muerte de un familiar fue la persistencia de la función cardíaca cuando no estaba inducida artificialmente.

La tasa de rechazo a la petición de extracción de órganos es más alto en familias con un bajo nivel cultural (ver figura nº 28). Esta variable parece influir también en la aceptación de la muerte del familiar; las familias de bajo nivel cultural están impresionadas fundamentalmente por la insistencia de latido cardíaco, circunstancia ésta

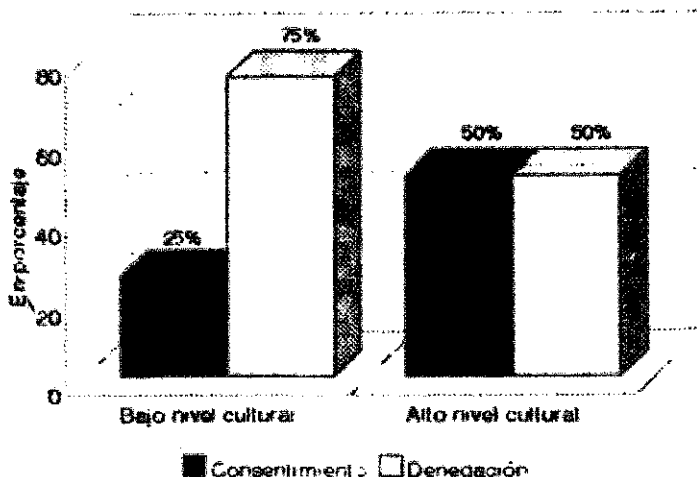


Figura nº 28. Relación entre "nivel sociocultural" y "decisión familiar" ante la petición de extracción de órganos

que debe ser convenientemente explicada por el personal encargado de solicitar la donación. Por su parte, las familias con un nivel cultural alto perciben la muerte del cerebro como la desaparición de la actividad psíquica y, por ende, de la identidad personal del familiar, de modo que pueden afrontar la donación con menos dudas, ya que, la muerte ha ocurrido a pesar de que el corazón siga latiendo. Los autores advierten que es importante observar la reacción emocional de los miembros familiares ante el anuncio de la muerte de su pariente, ya que revela sus sentimientos acerca de la muerte y sus temores sobre su propia muerte; estos sentimientos, continúan Spina y cols. (1993) son "definitivamente aquellos que determinan el consentimiento o el rechazo a donar". Esta deducción lleva a los autores a identificar los principales tipos de reacción que muestran los familiares ante la muerte del potencial donante. El mecanismo de defensa psicológico de "negación de la muerte" se presenta en el 25% de las familias que rehusan y en el 7,5% de las que dan su consentimiento. Una segunda respuesta a la muerte del ser querido resultó ser el "escape". En estos casos, los familiares comprenden que su pariente ha muerto pero no quieren afrontar esa realidad y escapan de ella; la donación se rehusa alegando razones como "el temor a desfigurar el cadáver" (justificación dada por el 43% de los que rehusaron la donación) debido a que la concesión del permiso implicaría la obligación de afrontar la muerte del ser querido. El tercer tipo de reacción ante el anuncio de la muerte del familiar está más asociado frecuentemente con el consentimiento a la extracción del órgano. Es

una reacción valiente de aceptación de la muerte. En este caso, el temor es mínimo y aunque los familiares del fallecido sienten un dolor intenso que se manifiesta claramente mediante lamentos y lloros no se dejan abrumar por él y consienten la donación. Este tipo de reacciones se presentan en un 36,5% de las familias que consienten la donación y en un 11% de las que deniegan su permiso.

A pesar de la dudosa interpretación de los datos obtenidos, basada más en deducciones psicoanalíticas que en teorías psicosociales aceptadas por la comunidad científica, las conclusiones de Spina y cols. (1993) pueden servir de instrumento de trabajo en el entrenamiento de las personas encargadas de solicitar las donaciones.

Harris y cols. (1991) estudiaron la influencia de la información que los familiares poseen sobre la opinión del fallecido en relación a la donación de órganos, en la concesión o denegación del permiso de extracción de sus órganos en 1171 estudiantes de los primeros cursos de psicología (con una edad media de 19,8 años). Los resultados más importantes fueron: En los escenarios (supuestos) donde los deseos de familiares y fallecidos estaban claramente expuestos, el factor de decisión más importante fue la voluntad previa del fallecido, influyendo mínimamente la opinión de los familiares o la "actitud" hacia la donación del sujeto que respondió. En los escenarios donde los deseos de familiares y fallecidos no resultaban evidentes. En el de "confianza/des crédito hacia la clase médica", la opinión del difunto fue el factor

que más influyó en la respuesta de los Informadores; pero, además, tuvo un efecto significativo la opinión de los familiares. En el escenario de "creencias religiosas", situación ésta en la que se desconocía la opinión del familiar fallecido, las creencias de los familiares influyeron significativamente en la respuesta de los informadores. Además, los sujetos dieron a las creencias religiosas de los familiares más importancia en la decisión final, que la que habían dado a las actitudes de los mismos a la hora de juzgar qué decisión era la oportuna (ello se explicaría por desconocerse aquí, en mayor medida, la opinión explícita del fallecido). A su vez, influyó en menor grado la "actitud" hacia la donación de los sujetos respondientes que en el escenario sobre la "actitud" hacia la clase médica (ello se explicaría por ser más concreta aquí la opinión de los familiares al respecto, a través de la creencia religiosa). Los autores concluyen que este estudio pone de relieve el respeto a la opinión del difunto por parte de los familiares y enfatiza la importancia de que ésta sea conocida. En ausencia de este conocimiento, los familiares infieren la opinión del difunto, sesgando la decisión con su propia actitud o con otras claves informativas (creencias religiosas de la familia o del difunto, actitud hacia la clase médica, etc.).

Buckley (1989) trató de averiguar las razones que llevan a las familias a donar los órganos de un pariente fallecido. Las conclusiones a las que llegó indicaron que el procedimiento que desarrollan en su centro sanitario recoge elementos muy valiosos para la obtención de los órganos y para ayudar

a la familia a superar este trance; este procedimiento incluye que el coordinador de trasplante se sirva aclarar cualquier asunto o conversar al respecto de la donación de órganos, el envío de una carta de agradecimiento a la familia tras el trasplante con noticias sobre la evolución clínica del receptor de la donación, una visita opcional (siguiendo los deseos de los parientes del donante) una semana después del fallecimiento y el ofrecimiento en todo momento de apoyo médico y afectivo. La autora plantea una estrategia global con múltiples objetivos entre los que la obtención de la donación es uno de ellos, tal vez el más importante, pero complementado con medidas encaminadas a ayudar a la familia a superar el fallecimiento de un ser querido. Este tipo de intervenciones de información y apoyo con las familias tras la donación se ha mostrado, muy útil para convertir a los familiares en divulgadores de los aspectos positivos de la donación de órganos.

Con los mismos objetivos que Buckley (1989), Savaria y cols. (1990) enviaron por correo un cuestionario con 14 preguntas a 206 familias que habían otorgado permiso para la donación en el hospital de Hartford, Connecticut (EE.UU.). El análisis de los cuestionarios enviados por las 99 familias que respondieron resultados de interés, entre los que nos limitamos a destacar el de que muchas de las familias manifestaron que la donación les había ayudado a sobrellevar la pérdida. Los problemas más importantes que han percibido en relación al proceso de donación de órganos se refieren a las excesivas demoras en la extracción de los órganos. Un 91% desearía haber

tenido información sobre la evolución de los receptores y un 48% indicó la necesidad de que existan grupos de apoyo para facilitar la aceptación de la muerte del familiar donante.

Fernández y cols. (1991) han realizado un estudio sobre las causas de la insuficiente obtención de órganos en las unidades de cuidados intensivos, a partir de entrevistas a personal de estas unidades, de urgencia, neurocirujanos y residentes. Los principales motivos de esta baja obtención de órganos alegados por los entrevistados fueron una ineficaz comunicación entre la plantilla de coordinación de trasplante y la plantilla de las unidades de urgencia y cuidados intensivos; una sobrecarga de actividad por parte de neurocirujanos y residentes; y el relevo rápido de las plantillas de neurocirujanos y residentes, que impide la continuidad de conocimientos y actitudes. Por otra parte, el personal entrevistado se mostró reticente a la declaración de muerte cerebral; hubo, así mismo, actitudes desfavorables a la donación de órganos. Las principales consecuencias aplicadas de este estudio fueron establecer un sistema de visitas periódicas de la plantilla de coordinación a las diferentes unidades y distribuir entre ellas información sobre legislación acerca de donación y trasplante de órganos. El resultado de estas acciones fue incrementar el número de identificaciones de potenciales donantes; no obstante no aumentaron el número de donaciones. Por ello, se planteó un segundo estudio para identificar las causas que estaban impidiendo el crecimiento de las donaciones; para ello, se realizó una revisión a fondo de

los datos médicos de los potenciales donantes, se llevaron a cabo entrevistas con residentes y neurocirujanos, se estudió la dinámica de la entrevista con la familia y se aplicó un cuestionario de autoevaluación del entrevistador. Los resultados indicaron que el 50% de las donaciones se habían perdido debido a la negativa familiar a conceder el permiso de extracción; los principales motivos de estas negativas fueron; hostilidad entre los miembros de la familia; miedo a la mutilación del cadáver; negación de la muerte, incompreensión del concepto de muerte cerebral; religión (solo en el caso de los Testigos de Jehová); histeria colectiva entre los miembros de la familia.

Por último, los trabajos de diversos autores (Santiago y cols. 1991; Riviers, 1990; Howard, 1989; Keller, 1989; Barnett y cols. 1987) señalan la necesidad de facilitar una fuerte preparación a los encargados de solicitar la donación de órganos, como una forma de disminuir las "negativas familiares".

ESTUDIOS SOBRE ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LAS DONACIONES

En los últimos años han aumentado las investigaciones aplicadas que tienen por objetivo el diseño, la implantación o la evaluación de estrategias de intervención encaminadas a incrementar significativamente las donaciones de órganos. No obstante, son escasas las investigaciones psicosociales realizadas con suficientes garantías científicas; y son menos aún, las que se han preocupado de evaluar las acciones informativas emprendidas por distintas

entidades públicas o privadas.

La mayoría de los autores españoles que han abordado la necesidad de aumentar las donaciones de órganos, han insistido en la conveniencia de incrementar la información y educación de la población sobre estos temas, como el sistema de intervención más eficaz a largo plazo. Matesanz (1991) señala que el éxito en la obtención de órganos depende de dos conjuntos de factores: "la sensibilización de la sociedad y la eficacia del sistema sanitario". Se trataría, dice, de "desarrollar un clima, un estado de opinión favorable a los trasplantes de órganos y, por tanto, a la donación". La Comisión Permanente sobre Trasplantes de Órganos y Tejidos del Ministerio de Sanidad (1993), organismo de ámbito estatal encargado de supervisar toda la actividad trasplantadora en España, apuesta decididamente por la educación sanitaria de la población como medio de incrementar la donación de órganos; "la inducción de la donación debe estar basada en criterios formativos, educacionales y de sensibilización de la población hacia los problemas de aquellos que precisan un órgano para seguir viviendo o para mantener las coordenadas de una vida social normal. Las campañas promocionales dirigidas a la población en general, o a colectivos concretos como el de los profesionales sanitarios constituyen, por tanto, una medida de completa y efectiva de rentabilidad social."

Otros autores han propuesto la adopción de un conjunto de medidas concretas para aumentar las donaciones, a partir de la revisión de la

literatura especializada sobre causas de la escasez de donaciones o de su experiencia personal (Pottecher y cols., 1990).

Santiago y cols. (1991) señalan la actitud de la población ante la donación es, en general, muy positiva, aunque en la práctica diversas razones hacen que esos buenos propósitos no se conviertan en realidades de donación. Para estos autores, resulta necesario difundir la efectividad de las técnicas de trasplante y el beneficio que suponen para los familiares y la sociedad, a través de asociaciones de enfermos, fundaciones, medios de comunicación, etc., fomentar las sociedades de donantes de órganos, promocionar la firma del carné de donante para eludir responsabilidad de la familia en la decisión sobre la donación de órganos y desarrollar campañas publicitarias a nivel de medios de comunicación, fundamentalmente a través de la televisión.

Corlett (1985) en una investigación realizada con 6 grupos de sujetos (dos de donantes, dos de no donantes y 2 de padres cuyos hijos tienen carné de donantes) llegó a la conclusión de que todos los grupos consideraban necesario publicitar adecuadamente la donación de órganos para conseguir dos objetivos; concienciar a la opinión pública sobre la utilidad y conveniencia de donar órganos y combatir el desconocimiento general de la población sobre la donación y el trasplante de órganos; esta labor fundamentalmente educativa debería realizarse a través de programas de intervención comunitaria.

Para Nivet y cols. (1987) es importante la adopción de tres medidas para aumentar la obtención de órganos: informar clara y precisamente

al público en general y a los médicos en particular sobre estos temas, favorecer la confianza en la profesión médica y mejorar la calidad de la entrevista con los padres de los potenciales donantes de órganos para solicitar el permiso de extracción de los órganos.

Carducci y cols. (1984) realizaron una investigación aplicada, basándose en la "técnica del pie-en-la-puerta". Las puntuaciones medias obtenidas por los diferentes grupos, recogidas en la tabla nº 28 muestran una mayor disposición a la posible donación de órganos en su momento, por parte del grupo que recibió una petición inicial. El análisis de varianza confirmó que los sujetos sometidos a una petición inicial expresaron mayor voluntad de donar órganos que los que no fueron sometidos a la misma ($p < 0.007$); sin embargo, no se confirmó la influencia de la variable Información ni hubo efecto Interacción con la variable "petición inicial".

Variable "Petición inicial"	Variable "Información objetiva"	
	Con información	Sin información
Con petición inicial	45,78	50,90
Sin petición inicial	37,89	38,51

Tabla nº 28 : Puntuaciones medias de 4 grupos de estudiantes, según las diversas condiciones experimentales en una escala de voluntad de donar los órganos (de 0 a 100)

Más recientemente, Carducci y cols. (1989) han investigado el grado en que puede ser reducido el requerimiento inicial en relación a la

donación de órganos sin que afecte a su efecto positivo sobre ésta, en el caso del uso de la "técnica del pie-en-la-puerta". Además de replicar anteriores investigaciones (se obtuvo mayor disposición a la donación de órganos en los grupos que habían recibido la solicitud previa de rellenar el cuestionario), los resultados indicaron que el cuestionario original de 20 ítems puede reducirse a 5 ítems sin disminuir su eficacia para incrementar la voluntad de ser donante en relación al grupo a que no se le realizó requerimiento inicial. Los autores proponen, en consonancia con los resultados de sus investigaciones que la "técnica del pie-en-la-puerta" sea utilizada en las campañas públicas, realizando una petición inicial a cada sujeto y otra posterior en un intervalo de hasta dos semanas, período de duración del efecto facilitador sobre la donación de órganos del requerimiento inicial según sus investigaciones.

Kirste y cols. (1988) abordaron el problema de cómo aumentar las donaciones de órganos, desde el estudio de las reacciones de los familiares en el proceso de toma de decisiones sobre la facilitación o denegación de la donación de órganos. Su investigación recoge los resultados de una labor de 18 años (1968-86) en el Hospital Universitario de Friburgo (Alemania). Las principales razones que suelen acompañar la negativa familiar a donar los órganos del fallecido son, según los autores, el "Rechazo a aceptar la muerte", "la objeción irracional de que la extracción es una violación del fallecido", el "miedo de que los criterios de muerte cerebral no sean correctos" y las "objeciones religiosas". La entrevista con la familia es un proceso crucial que

determina en buena parte el resultado de la petición. Kristie y cols. (1989), en virtud de estos resultados y según su experiencia profesional, indicaron una serie de propuestas concretas que, facilitarían la obtención del permiso solicitado. Entre ellas podemos destacar: Dar tiempo para que la familia asuma la muerte antes de la petición; direccionar el "shock" de la familia e intentar estabilizar la situación; evaluar el grado de aceptación de la muerte; proporcionar información general, nunca particular, sobre los potenciales receptores promoviendo y reforzando motivaciones altruistas; citar las posturas adoptadas al respecto por las iglesias católica y luterana; establecer los criterios de muerte cerebral como absolutamente definitivos y legales; dedicar tiempo a la discusión de todos los aspectos con la familia y permitir que realicen su propia decisión; en ningún momento es aconsejable presionarlos ni realizar la petición demasiado pronto. Por último, la persona que se encargue de solicitar el permiso de donación a los familiares debe poseer conocimientos exhaustivos de los aspectos éticos, legales, y médicos de la donación, así como de los posicionamientos religiosos de las diferentes iglesias, conocimiento de la evolución clínica de cada caso particular y estar familiarizado con las diferentes reacciones ante esta situación.

Uno de los rasgos más relevantes de las campañas de promoción de la donación de órganos es la sistemática falta de evaluación de sus resultados, que impide conocer qué factores pueden ser mejorados y qué variables son las que verdaderamente producen un efecto positivo. En

Inglaterra, una de estas campañas en favor de la donación de órganos se desarrolló entre Febrero y Julio de 1984; en ella el gobierno británico intentaba promover la firma de carnés de donante, para lo que acompañó la publicidad institucional con la distribución de once millones de carnés entre la población. Como resultado, se incrementó el número de donaciones reales en un 42%. Lewis y Snell (1986), basándose en la revisión de tres encuestas sobre "actitudes" hacia la donación realizadas en Gran Bretaña (Marplan Ltd. Public Attitudes to Kidney Donation, 1979; Gallup Ltd. for British Kidney Patients Association 1982; MORI Research report for BBC's "That's Life", February 1984) señalan que la "actitud" del público ya era favorable a la donación antes de la campaña y que su efectividad se debería más al efecto ejercido sobre los profesionales de la salud, quienes habrían abordado a las familias de los donantes con menos reservas, amparados en la expectativa de una mejor receptividad por parte de sus pacientes debida a la difusión de información favorable a la donación a nivel nacional. Por otra parte, se pudo comprobar que se produjeron significativas variaciones regionales respecto a la efectividad de la campaña y que el aumento de donaciones se dio en mayor grado en los centros sanitarios de tamaño intermedio. Los autores proponen una serie de medidas organizativas para incrementar las donaciones y enfatizan la importancia de intervenir sobre otros eslabones de la cadena de donación, profesionales sanitarios y medios de comunicación, sobre todo. En relación a la importancia de los medios de comunicación los autores relatan los efectos

que tuvo un programa televisivo de la BBC titulado "Trasplantes, ¿están los donantes realmente muertos? emitido en octubre de 1980 sobre el número de donaciones. La tabla nº 29 recoge la evolución de la media de donaciones mensuales en meses anteriores y posteriores a la emisión del programa.

Período temporal	Media mensual de donaciones
De Enero a Diciembre de 1.979	66
Septiembre 1.980	80
Octubre 1.980 (*)	37
Enero 1.981	65

(*) Período inmediatamente posterior a la emisión del programa

Tabla nº 29: Evolución de la donación de órganos antes y después de la emisión del programa de televisión.

En Estados Unidos, diversos estudios (Prottas y Batten, 1991; Keller, 1989; Shandor y cols., 1988; Pérez y cols., 1988; Roberts, 1988; Dpto. de Comercio de Estados Unidos, 1984) han mostrado una menor disposición hacia la donación de órganos de las personas de raza negra, minoría que representa el 12% del total de la población de EE.UU. y el 30% de la población de personas con insuficiencia renal terminal (Plawecki, 1992; Plawecki y cols. 1989). También en estas poblaciones, el desarrollo de programas muy amplios de información, ofrecieron resultados altamente positivos. El resultado más importante y clasificador del programa fue que el número medio de personas al mes que firmaron la tarjeta de donante pasó de 25 antes de la intervención a 600 una vez que se habían desarrollado todas las actividades.

La detección de donantes de órganos es una de las fases del proceso de obtención de órganos más importante y que requiere la colaboración de todo el personal sanitario. Kitur y cols. (1990) desarrollaron un programa de promoción de la donación en el Francis Scott Key Medical Center; este programa tenía dos objetivos fundamentales, informar objetivamente a médicos y enfermeras sobre diversos aspectos de la donación y el trasplante de órganos y enseñar procedimientos estructurados para identificar donantes de órganos. La evaluación del programa se realizó un año después de su implementación y permitió constatar, en comparación con la media de los tres años previos, que la detección de potenciales donantes de órganos aumentó un 400% y que el número de órganos y tejidos obtenidos se incrementó un 500%.

Otro tipo de intervenciones se dirigen a incrementar el apoyo emocional a las familias de los donantes de órganos. Bartucci y Seller (1988) estudiaron la reacción de familiares de donantes a cartas de agradecimiento escritas por los receptores de los órganos del familiar fallecido. Los principales datos que se obtuvieron fueron; respecto al período de recepción, se señaló que el ideal sería entre los 6 y los 12 meses después del fallecimiento del familiar; independientemente del momento de recepción de la carta, todos los familiares señalaron tener sentimientos positivos hacia la misma, todas las familias señalaron que la carta había tenido un efecto positivo en el proceso de duelo; las cartas de agradecimiento no solo influyeron positivamente en la

familia cercana, sino que estos efectos benéficos se hicieron extensibles al resto de familiares y conocidos.

La sensibilización y la receptividad de la sociedad española hacia los temas de donación y trasplante de órganos ha podido ser comprobada recientemente a través de la campaña divulgativa "DONA VIDA" de la Cruz Roja, realizada en noviembre de 1.992 (O.N.T., 1993). Como puede apreciarse en la figura nº 29 el número de tarjetas de donante emitidas por la O.N.T. se duplicó durante los meses de noviembre (mes de inicio de la campaña) y diciembre; el efecto sobre el número de llamadas solicitando tarjeta fue aún mayor el primer mes (donde se produjeron un 800% más de llamadas) para volver a los niveles habituales durante el mes de diciembre.

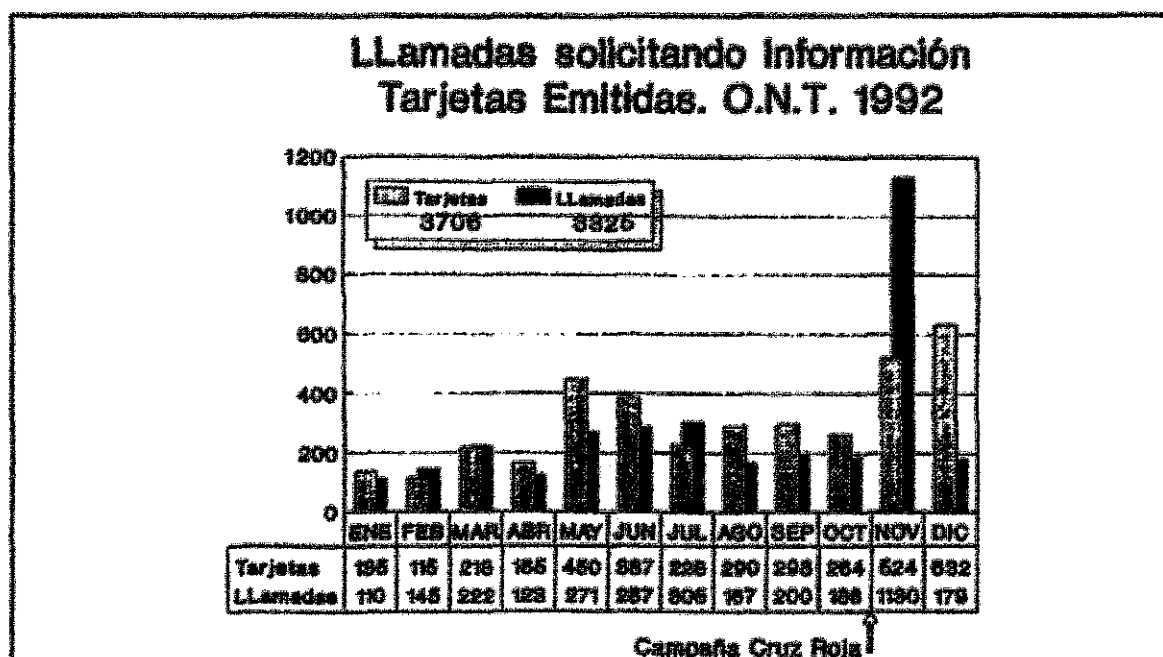


Figura nº29: Efecto de la campaña de divulgación sobre donación y trasplante de órganos de la Cruz Roja sobre el número de tarjetas emitidas por la O.N.T. y el número de llamadas solicitando información.

Tal vez la intervención más importante en los últimos años en nuestro país se ha producido a nivel organizacional con la dotación de estructura física y de personal a la Organización Nacional de Trasplantes que ha permitido mejorar la coordinación del proceso de obtención e implante de órganos y tejidos en el territorio nacional. El resultado de todo este proceso reorganizativo ha sido que mientras en la mayoría de los países occidentales, se ha producido en los últimos años un estancamiento o un importante descenso de las donaciones orgánicas, España se ha situado con 21,7 donaciones por millón de habitantes, a la cabeza del mundo (O.N.T., 1993). La figura nº 30 muestra la evolución de la tasa de donación por millón de habitantes de distintos países en los último cuatro años.

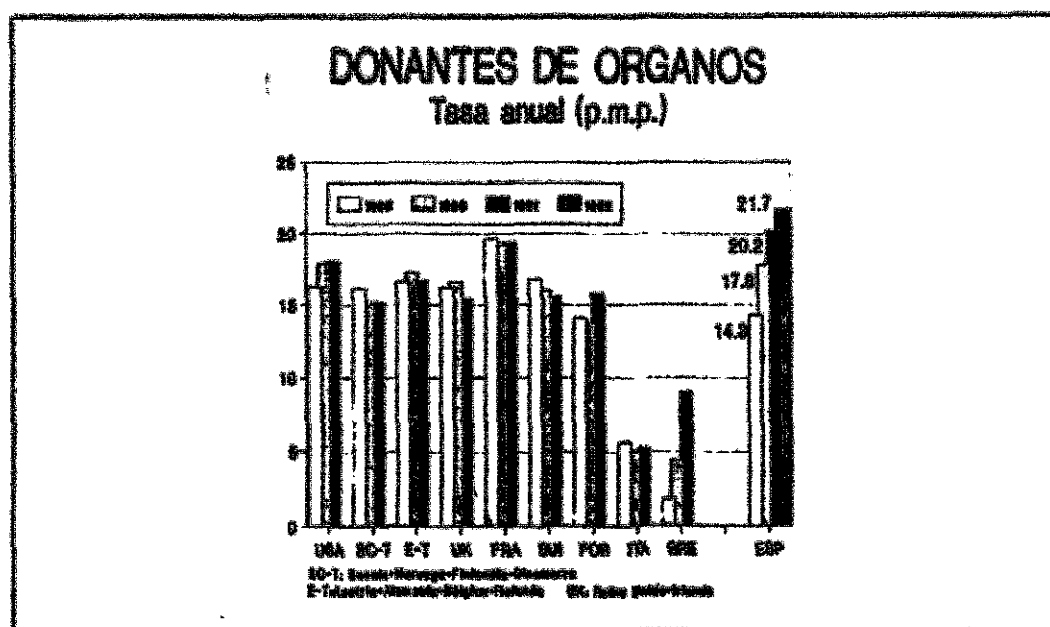


Figura nº 30: Evolución de la donación en Europa y EE.UU., en los últimos cuatro años.

La Organización Nacional de Trasplante ha emprendido una serie de actividades encaminadas a mejorar la preparación de los profesionales directamente implicados en la obtención de órganos. Desde otra perspectiva, y dirigido a los trabajadores sanitarios, el colectivo más directamente implicado en la obtención de órganos se vienen desarrollando también otros programas especiales como el "Programa Integral para la donación de órganos" (EDHEP); se trata de un "programa de educación al personal sanitario" (Organización Nacional de Trasplante, 1993) que cuenta con el objetivo principal de optimizar la obtención de órganos para trasplante. La aplicación piloto del EDHEP tuvo lugar en el Hospital "Infanta Cristina" de Badajoz en octubre de 1.992; posteriormente se ha desarrollado en otros seis hospitales. Los resultados obtenidos (O.N.T., 1993), presentados gráficamente en la figura nº 31, se refieren a la prueba piloto en Badajoz y muestran una disminución muy importante de las negativas familiares que pasan del 64,7% antes del EDHEP, al 22% tras el desarrollo del programa; además, el programa produjo una apreciable mejora en el ambiente de trabajo de los trabajadores sanitarios implicados en la obtención de órganos (Organización Nacional de Trasplante, 1993).

EVOLUCION DE LA DONACION

Hospital Infanta Cristina (Badajoz)

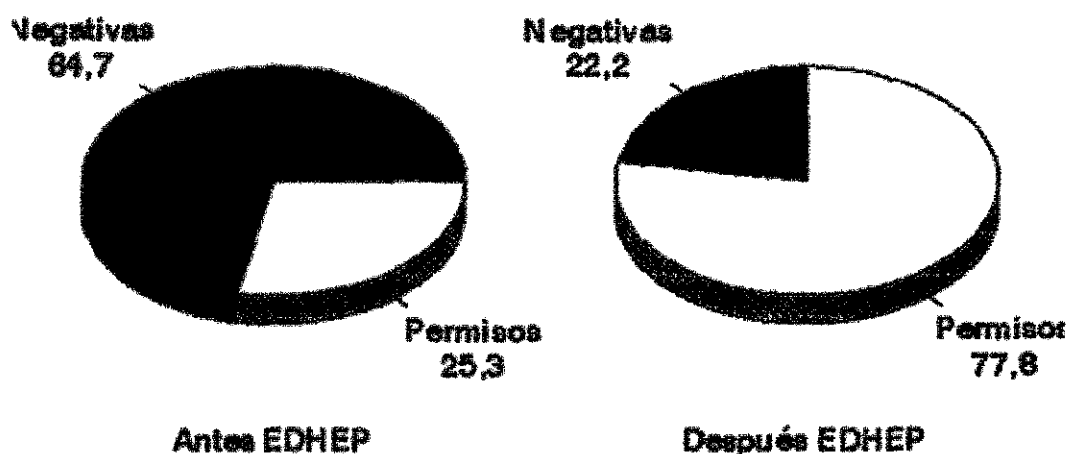


Figura nº 31: Porcentaje de negativas familiares en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz, antes y después de la implantación del EDHEP.

Las estrategias desplegadas hasta el momento con el objeto de aumentar las donaciones de órganos para trasplante han aumentado considerablemente en los últimos años; sin embargo, puede ser consideradas aun como esfuerzos parciales dirigidos a resolver algún aspecto concreto del problema; la mayoría de ellas, han apostado por intervenir en los centros sanitarios mediante campañas de información y educación dirigidas a los trabajadores de dichos centros; en otras ocasiones, se han diseñado campañas de concienciación dirigidas al público. A pesar de que los resultados obtenidos

mediante estas y otras estrategias pueden ser considerados, en términos generales, como prometedores dentro de su ámbito de aplicación, las donaciones de órganos se han estancado en la mayoría de los países occidentales o han decrecido. Se hace necesario conocer todas las variables que inciden en el problema de la insuficiencia de donaciones orgánicas; este conocimiento debe servir de base para desarrollar programas de intervención que modifiquen en sentido positivo el mayor número de variables relacionadas con la donación de órganos.

Otra investigación, realizada por nuestro equipo durante el período 1987-90 en el ámbito municipal de Madrid y supuso el primer intento de relativa amplitud en nuestro país, de estudiar la donación y el trasplante de órganos desde una perspectiva psicosocial partiendo de la percepción que la población en general tiene de estos temas. Su principal objetivo consistió en analizar las actitudes de la población madrileña hacia la donación y los trasplantes de órganos; un segundo objetivo del estudio fue perfeccionar el cuestionario que habría de ser utilizado en el trabajo de campo para una posterior aplicación a nivel de todo el Estado.

El desarrollo y la aplicación del cuestionario potenció la participación de diferentes colectivos profesionales y sociales implicados en la donación y el trasplante de órganos y de la población en general. El cuestionario fue construido mediante la información facilitada por mucha gente en múltiples debates sobre el tema y se aplicó en calidad de pretest a una

muestra de 500 personas.

El resultado final de todo el

proceso fue la consecución

de un cuestionario de 24

preguntas, que recogía una

muestra temática

representativa de lo que a

la gente le preocupaba o

interesaba más, en relación

con la donación de órganos y el trasplante.

MEDIOS DE COMUNICACION

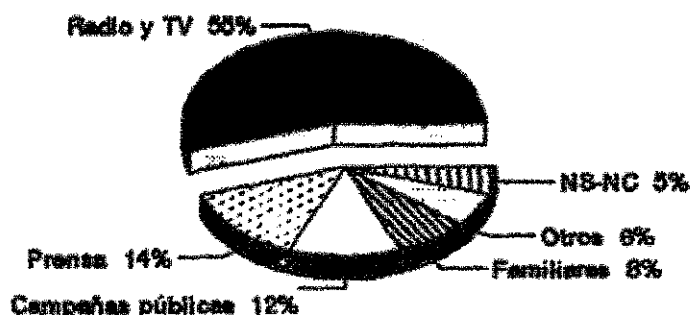


Figura nº32: Distribución porcentual de las fuentes informativas sobre donación y trasplante de órganos en la población madriña

La muestra que se utilizó para obtener los datos estuvo compuesta por 500 personas de 18 ó más años y de ambos sexos. Los puntos de muestreo coincidieron con los 18 distritos electorales de Madrid. El error muestral se estimó en ± 1.2 , con un nivel de confianza del 95,5%.

Presentamos algunos de los resultados más importantes obtenidos en los distintos bloques temáticos que compusieron la investigación y las principales conclusiones que se derivaron de ellos.

Información que dispone la población sobre estos temas.

La posibilidad de aumentar las personas comprometidas con la donación de órganos a través de la firma de alguna tarjeta o carnet de donante se ve limitada, en gran medida, por la falta de conocimiento sobre el cómo y el dónde acudir para realizar el compromiso de la donación; esta es la razón

más frecuente (alrededor del 30%) que los encuestados indican para "no hacerse donantes de órganos".

Los encuestados reciben preferentemente información sobre donación y trasplantes (figura nº 32) a través de la medios de comunicación audiovisuales ("Radio y TV). Por otra parte, sólo el 8% de los encuestados recibe información sobre estos temas por "familiares"; este dato es especialmente importante teniendo en cuenta que son los familiares quienes, eventualmente, tendrán que dar el consentimiento para la donación y el desconocimiento de la opinión del fallecido puede dificultar seriamente una decisión favorable.

El 65% de la muestra expresó su deseo de recibir más información sobre trasplantes y donaciones, mientras que un 23% no deseaba recibir más información; los que se muestran menos favorables a recibir este tipo de información tienen entre 41 y 60 años de edad; este grupo de edad está formado por los que generalmente niegan o facilitan el permiso para la necesaria extracción de los órganos.

Existe un conocimiento deficiente sobre estos temas que se traduce en la pervivencia de atavismos mágico-culturales que provocan no sólo decisiones negativas sobre la propia donación, sino que impiden o dificultan posibles donaciones de los familiares.

El análisis de los datos obtenidos sobre la información que los encuestados poseen sobre estos temas, muestra la necesidad de realizar

campañas informativas y educativas que provoquen una reflexión sobre la importancia de la donación y ayuden a combatir algunas ideas irracionales sobre la muerte. Estas campañas deben tener una especial preocupación por llegar al segmento poblacional que se sitúa entre los 40 y 60 años, responsable generalmente de la facilitación o denegación de los permisos.

Razones para donar órganos.

Las tres razones porcentualmente más significativas que los entrevistados perciben en otras personas para donar órganos, son la reciprocidad (32%), la obligación moral (21%) y la generosidad (15%)

Conforme avanza la edad y en especial cuando alcanza a los mayores de 60 años, la atribución de razones para la donación, sufre una alteración significativa en orden de importancia: 1. Generosidad (32%); 2. Obligación moral (26%); 3. Reciprocidad (16%)

Los "motivos personales" para hacerse donante de órganos varían parcialmente; en este caso, las razones cambian significativamente, tal y como seguidamente se indica: Por solidaridad y sentido de ayuda (47%). Por utilidad y egoísmo (17%). Por evitar la destrucción de los órganos (15%). Por considerarlo un deber moral (5%).

Otro resultado destacable es la casi total exclusión de algunos motivos de donación personal: "cultura o educación" (1%), "convicciones religiosas" (1%), "perpetuación" (2%) y "recompensas" (0,5%).

Razones para no donar órganos.

Las tres razones que los encuestados adjudican a "la gente" para no hacerse donante, ordenadas según su importancia porcentual, resultaron ser, no saber cómo o dónde hacer la donación (26,9%), reparo a ser utilizados después de muertos (19,3%) y temor al riesgo de una muerte aparente (13,7%).

Estas razones, cuando se les pide que expresen las que les impedirían donar a ellos mismos, se reducen a dos fundamentales:

- Por no saber donde acudir para hacerlo (25%).
- Por miedo al riesgo de una muerte aparente (15%).

La principal razón obstaculizadora de que aumenten los compromisos explícitos a favor de la donación mediante la firma de un carné o tarjeta de donante, parece ser el desconocimiento sobre cómo y dónde formalizar este compromiso. Se precisa, pues, desarrollar un sistema de información, acogida, reclutamiento y atención, cómodo y de fácil conocimiento y acceso.

El temor a una muerte aparente a que se alude en numerosas investigaciones, citado como el factor que influye más negativamente en el aumento de las donaciones, debe ser tratado con sumo tacto y discreción y gran habilidad didáctica para transmitir claramente a la población en general una información rigurosa y científica sobre el concepto de "muerte cerebral" y su carácter de irreversibilidad. Especial importancia tiene hacer llegar esta información al grupo de personas que tienen entre 40 y 60 años, responsables generalmente de una decisión favorable o desfavorable a la donación

La "repugnancia a ser utilizados después de morir", el "rechazo a la manipulación del cadáver", "reparos ante la idea de manipulación del cadáver" y "dejar a los muertos en paz" son opiniones en relación a la donación de órganos que se expuesta con significativa frecuencia en los sectores poblacionales con alto poder decisorio sobre la concesión o denegación del permiso de extracción. Los programas educativos y las campañas de fomento de la donación deberán favorecer un análisis respetuosamente crítico sobre el significado del cadáver que separe lo mágico de lo real y la interpretación religiosa del pensamiento supersticioso.

Permiso para la utilización de los órganos del familiar fallecido.

La opinión mayoritaria entre los encuestados en este tema es que "se pida permiso a la familia, solamente si no se conoce la opinión del difunto"; el 33,8% de la muestra escoge esta opción. Este porcentaje aumenta en proporción directa al nivel cultural.

Persona que debería solicitar el permiso de extracción.

Las respuestas a esta cuestión se agruparon fuertemente en dos opciones. Las personas encuestadas prefiere mayoritariamente que el encargado de ponerse en contacto con los familiares de fallecido para solicitar el permiso de extracción, sea el "personal sanitario" (64,4%) y un "profesional de la red de coordinación" (20,3%).

Predisposición hacia la donación de órganos.

Un amplio porcentaje de personas estarían dispuestos a ser donantes de órganos (64,2%); sólo el 14% de la muestra declara no estar dispuesto a donar sus órganos; una de cada cinco personas declara que "no sabe" o "no contesta". Dentro de un opinión mayoritariamente favorable a la donación de órganos, los jóvenes (figura nº 33) muestran una disposición más favorable (tres de cada cuatro "estarían dispuestos a hacerse donantes").

¿Estaría dispuesto a hacerse donante de órganos?

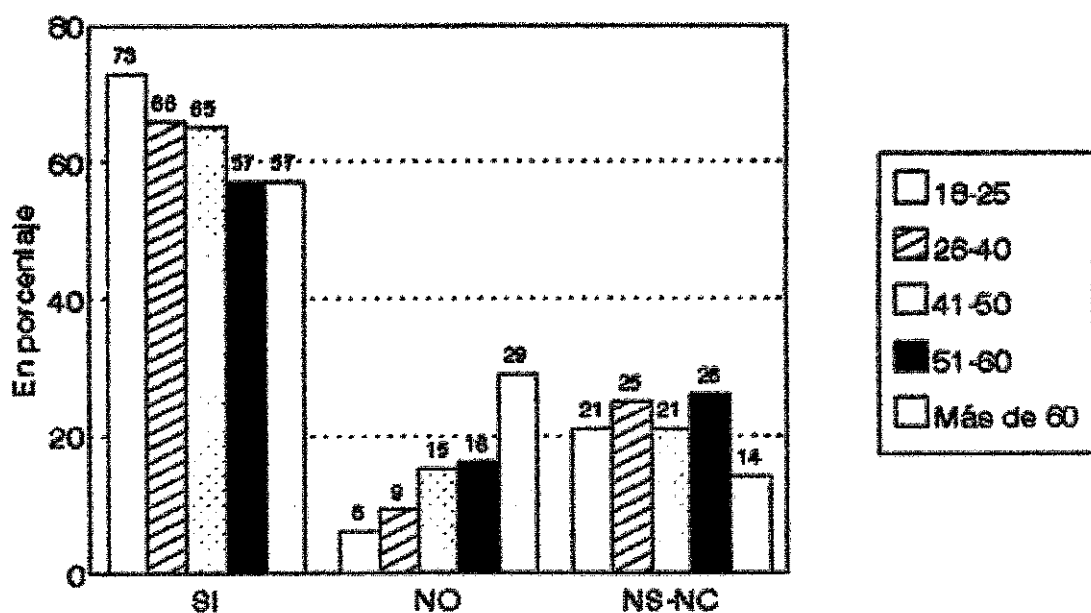


Figura nº 33: Influencia de la variable "edad" en la disposición para donar órganos

Otra de las variables que parecen influir en la predisposición a donar es el "nivel cultural". Los datos reflejan una disminución de la predisposición a donar, conforme el nivel cultural desciende. Por otra parte, el

65,8% de la muestra encuestada se mostró partidario de que sus propios familiares fueran donantes de órganos; otro dato tan importante como el anterior es que solamente el 5,4% de los encuestados opinó desfavorablemente sobre la posibilidad de que sus propios familiares fueran donantes.

Conclusiones finales

El análisis de los datos permite deducir algunas conclusiones de interés. En nuestro país, la actitud hacia la donación personal o de los propios familiares es mayoritariamente positiva; es necesario averiguar qué variables pueden contribuir a que esta excelente predisposición se plasme en un progresivo aumento de las donaciones reales. El desarrollo de un sistema cómodo y simple de expedición de tarjetas o carnets de donante puede contribuir a aumentar las donaciones de órganos. La insuficiente información que muestra la opinión pública sobre los temas de donación y trasplante de órganos y la pervivencia de ideas mágico-religiosas y supersticiones sobre la muerte hace muy necesario el desarrollo, la implementación y la evaluación de programas de intervención educativa que informen veraz y científicamente sobre estos temas y promuevan una actitud positiva hacia la donación de órganos. La potenciación de las donaciones de órganos pasa por la implicación de toda la sociedad en la solución del problema. La divulgación de estas ideas deberá tener muy en cuenta que las informaciones sobre estos se transmiten preferentemente a través de la "radio" y la "televisión".

3.3. Selección de variables y factores implicados en la donación de órganos.

Hasta aquí hemos revisado algunos de los más importantes estudios psicosociales sobre donación de órganos. Cada uno de estos trabajos ha subrayado la importancia de una o varias variables psicosociales en la conducta de donar órganos, bien sean propios o de familiares fallecidos. Ahora tratamos de estructurar toda esta información, seleccionando y agrupando las principales variables y factores que han sido relacionados con la donación de órganos procedentes de cadáveres, principal objetivo de nuestra investigación, teniendo en cuenta el apoyo empírico que han recibido en distintas investigaciones. Con ello, pretendemos, en última instancia, presentar las bases de lo que podría ser un modelo psicosocial sobre donación de órganos de cadáveres que contemple las principales aportaciones empíricas realizadas hasta la fecha.

Actitudes. Los estudios actitudinales con poblaciones europeas y norteamericanas han coincidido en señalar que, la actitud hacia la donación de órganos (tanto propios como de familiares) es, en general, positiva entre la población y entre los profesionales sanitarios; no obstante, esta buena predisposición no se ve reflejada en toda su potencialidad en el número de donaciones. La tabla nº 30 muestra el porcentaje de personas dispuestos a donar sus órganos o los de sus familiares en algunos de los estudios actitudinales poblacionales y de personal sanitario más importantes.

Estudio Actitudinal Poblacional	Ámbito	Porcentaje de sujetos dispuestos a donar sus propios órganos	Porcentaje de sujetos dispuestos a donar órganos de un familiar
Gallup (1963)	EE. UU. (n= 2052)	50	53
Manninen y Evane (1985)	EE. UU. (n= 2052)	45	85
Evane y Manninen (1988)	EE. UU. (n= 2.052)	49,3	63,5
Foundation Vincent Gallery (1991)	Francia (n= 1193)	68	56
Gäbel y Lindskoug (1987)	Malmö (Suecia) (n= 783)	65	—
Gäbel y cols. (1988)	2758 reclutas suecos		
Shendor y cols. (1988)	North Carolina (EE.UU.) (n= 585)	53	51 (cónyuge) 47 (hijos)
Walker y cols. (1990)	337 Padres (Canadá)	—	85 (hijos)
Meisler y Trenchman (1988)	106 Padres (EE.UU.)	50	
Dominguez y cols. (1991)	Puerto Rico (n= 500)	75	62,1
Protas y Betten (1991)	EE.UU. (n= 750)	72	53
Martin y cols. (1991)	Madrid (n= 500)	64,2	66
Dominguez y cols. (1990)	Santiago de Chile	80	53
Bligel y cols. (1990)	Buras (Turquia) (n=1034)	50,5	53,6
Nudeshima (1991)	Japón	51	—
Estudio actitudinal en profesionales sanitarios	Ámbito	Porcentaje de sujetos dispuestos a donar sus propios órganos	Porcentaje de sujetos dispuestos a donar órganos de familiares
Protas y Betten (1988)	750 Profesionales sanitarios (EE.UU.)	91-96 (según distintos profesionales)	94 - 96 (según distintos profesionales)
Eitner y cols. (1988)	545 Profesionales Sanitarios (EE.UU.)	80	74
Gaber y cols. (1990)	1000 Profesionales Sanitarios, no médicos (EE.UU.)	45	50
Stoeckle (1990)	44 enfermeras de cuidados intensivos (Ohio, EE.UU.)	86,4	65,9
Equipo coordinación de trasplante del H.G. de Segovia (1991)	462 trabajadores del hospital (España)	87,6	72,9

Tabla nº: 30: Resumen de resultados en estudios actitudinales sobre donación de órganos

Otra de las conclusiones fundamentales extraída de los estudios actitudinales relevancia es la mejor disposición a la donación de órganos, tanto propios como de familiares fallecidos por parte de los profesionales sanitarios, con respecto a la población en general. A pesar de esta actitud generalmente más positiva de los profesionales sanitarios hacia la donación de órganos, diversos estudios nacionales (Frutos y cols. 1993; Equipo de Coordinación de Trasplante del Hospital General de Segovia, 1991) e internacionales (Shanteau y cols., 1992; Ettner y cols., 1988; Falvo y cols., 1987); muestran su preocupación por el importante porcentaje (entre un 10% y un 28%) de trabajadores sanitarios que presentan actitudes negativas hacia la donación, basadas en distintas creencias y suspicacias (precipitación de la muerte del enfermo, dudas éticas, morales o religiosas, etc.).

Centrándonos en los estudios actitudinales dirigidos a la población en general, cuatro variables demográficas parecen tener una mayor influencia en las actitudes hacia la donación: "*Edad*", (Al Faquih, 1991; Bilgel y cols., 1991; Creecy y cols., 1991; Domínguez y cols., 1991; Shandor y cols., 1988; Gábel y Lindskoug, 1987; Manninen y Evans, 1985) ; "*Nivel socioeconómico*" (Santiago y cols., 1991; Franco y cols., 1991; Bilgel y cols., 1991; Cubero, 1990; Pérez y cols., 1988; Dpto. de Comercio de Estados Unidos, 1984; Hunter y cols., 1984); "*Nivel educativo*" (Jounger y cols., 1992; Bilgel y cols. 1991; Skowronski, 1990; Shandor y cols., 1988; Manninen y Evans, 1988; Gabel y Lindskoug, 1987) (la "alta capacidad intelectual" también parece relacionarse

con una actitud más positiva hacia la donación, Gábel y cols., 1989); y la "Raza" (Khan, 1993; Protas y Batten, 1991; Meisler y Trachtman, 1989; Keller, 1989; Shandor y cols., 1988; Pérez y cols., 1988; Johnson y cols., 1988; Dpto. de Comercio de Estados Unidos, 1984). Estos últimos resultados, sin embargo, han de tomarse con mucha precaución, dado que no se ha controlado adecuadamente las variables "nivel económico" y "nivel cultural" y estas carencias, y no el color de la piel, pueden ser los responsables de que los sujetos de raza negra declaren una peor disposición hacia la donación de órganos respecto de los colectivos más favorecidos económica y culturalmente, generalmente de "raza blanca".

Otro conjunto de variables que parecen influir en las actitudes hacia la donación de órganos se refieren a la información que poseen los sujetos sobre la donación y el trasplante de órganos. Un mayor conocimiento de sobre donación y trasplante, en especial acerca de la necesidad de la donación y la eficacia del trasplante, suele estar asociado a una actitud más favorable hacia la donación de órganos (Creecy y cols., 1992; Horton y Horton, 1991; Horton y Horton, 1990; Keller, 1989; Winkel y Huismans, 1986; Carducci y Deuser, 1984). Una experiencia personal en relación a la donación o el trasplante de órganos, suele relacionarse también fuertemente con una positiva actitud hacia la donación. (Meisler y Trachtman, 1989; Nolan y Spanos, 1989). La aceptación de la "muerte cerebral" como criterio fundamental de defunción, se relaciona asimismo sistemáticamente con actitudes positivas hacia la

donación (Creecy y cols., 1992; Foundation Vincent Gallery, 1991; Horton y Horton, 1991; Nudeshima, 1991; Horton y Horton, 1990; Meisler y Trachtman, 1989; Perkins, 1987).

Las actitudes hacia la donación de órganos parecen influidas por diversas variables psicológicas, entre las que podemos destacar:

- *"Percepción de la muerte"*. Los sujetos que presentan temor y ansiedad hacia la muerte o cuentan con pocas estrategias para afrontarla suelen mostrar una actitud más negativa hacia la donación de órganos (Shanteau, 1992, Robbins, 1991; Hessing y Elffers, 1986)

- *"Apoyo social"*. Gäbel y Lindskoug (1987) encontraron una relación positiva y estadísticamente significativa entre actitudes hacia la donación de órganos y "apoyo social". Östergren y Gäbel (1993) han encontrado recientemente una fuerte relación entre una "alta participación social" y una disposición favorable hacia la donación de órganos.

- *"Persuasión"*. Winkel (1984) y Winkel y Huismans (1986) demostraron que los mensajes refutadores pueden favorecer el desarrollo de actitudes positivas que los mensajes convencionales.

- *"Autoestima"*. La relación entre "actitud hacia la muerte" e "intención de donar órganos" está mediada por la variable "autoestima física". Las personas que poseen una "baja autoestima física" presentan una relación

positiva entre "actitud hacia la muerte" e "intención de donar órganos"; una actitud positiva hacia la muerte correlaciona con la intención de donar órganos en personas con una baja autoestima física (Hessing y Elffers, 1986, 1985).

- *"Negación de la responsabilidad"*. Las personas que tienden a negar su responsabilidad en situaciones prosociales o de ayuda tienden a mostrar una menor intención de donar órganos (Winkel y Huismans, 1986).

- *Valor de "intención de ayudar"*. Horton y Horton (1991) encontraron una relación positiva entre el valor que denominaron "helpfull" (intención de ayudar) y la actitud positiva hacia la donación de órganos.

Las razones personales para "donar" y para "no donar" órganos
son variables especialmente importantes en relación a la donación procedente de personas vivas. Su importancia en la donación de órganos de cadáveres queda mediatizada, sin embargo, por el hecho de que la denegación o concesión del permiso de donación depende de otras personas, generalmente, familiares. La mayoría de los autores se han centrado en las razones que argumentan los individuos consultados para "no donar" los órganos. Los tres argumentos principales para no donar órganos se refieren a la falta de comprensión del concepto de muerte cerebral, al miedo a la extracción prematura de los órganos y al horror que causa la idea de mutilación del cuerpo del donante de órganos.

Falta de comprensión del concepto de "muerte cerebral". La comprensión de que la "muerte cerebral", o cese total de actividad cerebral, implica la pérdida total e irreversible de la vida es uno de los factores más directamente relacionados con la obtención de donaciones procedentes de cadáveres; esta es la conclusión a la que llegan un buen número de autores (La Spina y cols., 1993; Younger y cols., 1991; Foundation Vincent Gallery, 1991; Nudeshima, 1991; Garrison y cols., 1991; Rochera y Calabuig, 1990; Robins, 1990; Nivet y cols., 1990; Nivet y cols., 1988; Perkins, 1987). Las actitudes hacia la donación de órganos son más favorables en las personas que comprenden adecuadamente el concepto de "muerte cerebral" (Protas y Batten, 1991; Horton y Horton, 1991, Horton y Horton, 1990; Meislery y Trachtman, 1989). El desconocimiento del auténtico significado del concepto de muerte cerebral llega a ser porcentualmente importante en profesionales sanitarios lo que dificulta de manera importante la detección de donantes de órganos (Frutos y cols., 1993; Equipo de Coordinación de Trasplantes del Hospital General de Segovia, 1991; Nivet y cols., 1990; Ettner y cols., 1988); en estos estudios los prejuicios morales, éticos y religiosos son citados como motivos principales que alegan los profesionales sanitarios para no aceptar el criterio clínico de "muerte cerebral".

A partir de estos resultados, es posible concluir que uno de los principales problemas que dificultan la obtención de órganos procedentes de cadáveres es la falta de aceptación del criterio de "muerte cerebral", tanto en

el público como en los profesionales sanitarios.

Miedo a la extracción prematura de los órganos Muy relacionada con la falta de aceptación del concepto de "muerte cerebral" se haya otra razón frecuentemente apuntada para denegar la donación de órganos de un familiar. No obstante, ningún estudio hasta la fecha ha considerado oportuno estudiar la relación entre ambos temores. (Martín y cols., 1991; Wakeford y Stepney, 1989; Meislery y Trachtman, 1989; Howard, 1989; Shandor y cols., 1988; Hessing y Elffers, 1987; Callander, 1987; Hessing y Elffers, 1986; Corlett, 1985; Manninen y Evans, 1985).

Horror a la mutilación del cuerpo. Otra de las principales razones aducidas por diversas muestras para no donar los órganos de un familiar fallecido es el miedo a la mutilación del cuerpo del donante (Pérez y cols. 1993; Shanteau, 1992; Domínguez y cols., 1991; Martín y cols., 1991; Rochera y Calabuig, 1990; Meislery y Trachtman, 1989; Parisi, 1986; Corlett, 1985). La importancia de la presencia del cuerpo íntegro en el enterramiento o para la formación del duelo en los familiares (Corlett, 1985) los atavismos religiosos de la tradición judeo-cristiana (Domínguez y cols., 1990) y la existencia de supersticiones en relación a los rituales de enterramiento (Martín y cols, 1991; Rochera y Calabuig, 1990) han sido algunas de las razones que diversos investigadores han dado para explicar porqué el temor a la mutilación del cuerpo es uno de los factores que pueden dificultar la concesión del permiso de extracción de órganos de fallecidos por parte de sus familiares.

Además de estas tres razones más frecuentemente citadas en las investigaciones psicosociales sobre donación de órganos, distintos autores han apuntado otros argumentos encontrados para no donar órganos; entre ellos, los más importantes serían, las creencias religiosas (Pérez y cols., 1993; Shandor y cols., 1992; Fernández y cols., 1991; Riviers y cols., 1990; Meislery y Trachtman, 1989; Callender y cols., 1982), no haber pensado en la donación de órganos (Shandor y cols., 1988; Corlett, 1985), información insuficiente por parte del personal médico (Equipo de Coordinación de Trasplante del Hospital General de Segovia, 1991; Nudeshima, 1991; Walker, 1990; Calander y cols., 1982), desavenencias familiares (Tymistra, 1992; Fernández y cols., 1991) y dudas sobre el éxito del trasplante (Tymistra, 1992)

El estudio del proceso de obtención de órganos para trasplante es posiblemente el objetivo fundamental de una gran parte de las investigaciones aplicadas, encaminadas a conocer los determinantes psicosociales de las donaciones, para incrementarlas.

El proceso de obtención de órganos procedentes de cadáveres puede dividirse en detección del potencial donante de órganos, petición a los familiares del fallecido y apoyo a los familiares de los potenciales donantes.

Detección del potencial donante de órganos. La identificación del posible donante es una tarea que compete especialmente a los médicos y enfermeros de los servicios de urgencia y de cuidados intensivos. En esta fase se señalan cuatro variables que influyen principalmente en la correcta

Identificación del potencial donante:

- *Actitudes de los profesionales sanitarios hacia la donación y el trasplante de órganos.* Diversos estudios nacionales (Frutos y cols., 1993; Equipo de Coordinación de Trasplante del Hospital General de Segovia, 1991) o internacionales (Prottas y Batten, 1988; Ettner y cols. 1988), muestran que las actitudes hacia la donación de órganos de los trabajadores sanitarios son muy favorables; porcentualmente por encima de las actitudes del conjunto de la población. No obstante, algún estudio (Gaber y cols., 1990) presenta porcentajes de predisposición a donación de órganos significativamente inferiores entre personal sanitario no médico.

- *Conocimientos sobre donación de órganos y trasplante.* La mayoría de los estudios realizados al respecto (Frutos y cols, 1993; Gill, 1993; Skelley, 1993; Morris y cols., 1992; Wolf, 1991; Johnston, 1991; Equipo de Coordinación de Trasplante del Hospital General de Segovia, 1991; Gabel y cols., 1990; Nivel y cols., 1990; Stoeckle, 1990; Younger y cols., 1989) ponen de relieve que persiste entre los profesionales sanitarios vinculados a la obtención de órganos para trasplante, un porcentaje muy significativo de enfermeros y médicos (menor en estos últimos) que desconocen cómo detectar un posible donante de órganos, no aceptan el criterio de muerte cerebral, ignoran la legislación sobre trasplante y desconocen aspectos importantes del trasplante (eficacia, aspectos económicos, etc). Todos estos factores, alertan los investigadores, pueden hacer fracasar muchas donaciones. Por otra parte,

otros autores (Ruda y cols., 1991; Rochera y Calabuig, 1990) indican la necesidad de que el trato de todos los trabajadores sanitarios, no sólo del personal médico, debe ser exquisito con los familiares de los enfermos.

- *Relación entre los equipos de trasplante y los profesionales de las unidades de urgencia y de cuidados sanitarios.* La desconexión entre estos dos equipos ha sido señalada como uno de los factores que impiden la detección de potenciales donantes (Cabaret y Cabaret, 1992; Fernández y cols., 1991; Mateen y cols., 1991; Horton y Horton, 1990; Nivet y cols., 1990;).

- *Experiencia y/o entrenamiento en el trato con familias de potenciales donantes de órganos.* (Stoeckle, 1990; Gaber y cols., 1990; Wakeford y Stepney, 1989). La falta de entrenamiento puede ocasionar la pérdida de un gran número de donaciones.

- *Estrés que produce el realizar la petición a los familiares del difunto* (Wakeford y Stepney, 1989).

- *Problemas religiosos o éticos* (Nivel y cols., 1990).

Proceso de petición del permiso de extracción de órganos. La finalidad última del proceso de petición del permiso de extracción de órganos es la obtención de un órgano en condiciones clínicas y tiempos adecuados para ser trasplantado a un paciente en fase habitualmente terminal. Los estudios psicosociales recientes se han volcado en el análisis de este proceso; las principales conclusiones que se pueden extraer de ellos se refieren a las variables o factores implicados en la obtención de la donación; entre ellos,

merece citar los siguientes:

Conocimiento por parte de los familiares del potencial donante, de la opinión del difunto en este sentido. Posiblemente, el factor más decisivo en la concesión o denegación del permiso. Casi la totalidad de estudios psicosociales (Tymistra y cols., 1992; Harris y cols, 1991; Prottas y Batten, 1991; Foundation Vincent Gallery, 1991; Savaria y cols, 1990; Evans y Manninen, 1988; Manninen y Evans, 1985), correlacionales o experimentales, coinciden en concluir su importancia decisiva.

Asistencia educativa a los familiares del potencial donante de órganos, de tal manera que comprendan todos y cada uno de los aspectos relacionados con la evolución de la enfermedad, el significado de la "muerte cerebral", y el proceso de extracción de órganos para su posterior trasplante (La Spina y cols. 1993; Tymistra y cols., 1992; Garrison y cols., 1991; Adams, 1989). Especialmente importante según estos autores sería explicar de forma clara y sencilla a la familia del potencial donante la razón de considerar fallecido a su familiar a pesar de que algunas de sus constantes vitales (respiración y actividad cardíaca) sean mantenidas artificialmente.

Fuerte preparación psicológica, legal y clínica del personal encargado de solicitar la donación orgánica (La Spina y cols., 1993; Fernández y cols., 1991; Vernale, 1991; Martín y cols, 1991; Santiago y cols. 1991; Riviers, 1990; Howard, 1989; Keller, 1989; Adams, 1989; Sammons, 1988; Kriste y cols. 1988; Barnett y cols. 1987). Estos autores ponen especial énfasis en la

necesidad de capacitar a los profesionales encargados de la solicitar la donación en uno o varios de los siguientes temas:

- Conocimiento del marco legal de la donación y el trasplante de órganos.

- Conocimiento de los aspectos clínicos de la donación y el trasplante de órganos (muerte cerebral, extracción de órganos, eficacia del trasplante, etc.)

- Conocimiento de los aspectos psicosociales básicos de la donación de órganos (causas de "donación" y de "no donación", miedos más generalizados, creencias más extendidas, etc.).

- Conocimiento de distintas técnicas psicológicas: entrevista, manejo de conflictos, dinámicas grupales, etc. y entrenamiento práctico en cada una de ellas.

- Conocimiento de la posición de las diferentes confesiones religiosas acerca de la donación y el trasplante de órganos.

- Conocimiento por parte del personal encargado de solicitar la donación, de las principales reacciones emocionales ante la noticia de la muerte de un familiar.

- Adaptación del personal encargado de solicitar la donación orgánica a las características socioculturales de la familia del potencial donante.

Entrenamiento personal en el desempeño de las funciones de coordinador de trasplantes o personal encargado de solicitar los permisos de

donación (Martín y cols., 1991; Vernale, 1991; Sammson, 1988).

Desarrollo de la entrevista. El entrevistador debe prestar en todo momento apoyo emocional a la familia del potencial donante, facilitar la expresión de sus emociones, responder claramente a todas las dudas y estar permanentemente a disposición de la familia para atender sus requerimientos y sus consultas (Loughnan, 1992; Shanteau, 1992; Fernández y Zayas, 1991; Kriste y cols., 1988; Sammons, 1988).

Otros factores que se relacionan positivamente con la concesión del permiso familiar de extracción de órganos procedentes de cadáveres:

- Garantizar que el cuerpo del donante será tratado con respeto y dignidad (Comisión Permanente de Trasplante de Órganos y Tejidos del Ministerio de Sanidad, 1993; Shanteau, 1992, Martín y cols., 1991; Rochera y Calabuig, 1990).

- Desarrollo de sentimientos de altruismo y empatía hacia los enfermos (Walker y cols. (1990).

- Aceptación de la muerte del potencial donante por parte de la familia (Loughnan, 1992; Fernández y Zayas, 1991; Kirste y cols., 1988).

- Separación temporal entre la comunicación de la muerte a la familia del potencial donante y la petición formal del permiso de extracción (Garrison, 1991).

- Percepción por parte de los familiares que se ha hecho todo lo posible por salvar la vida al paciente (Adams, 1989).

- Facilitación de un lugar privado para que la familia pueda discutir sobre la conveniencia o no de conceder el permiso de donación solicitado (Adams, 1989).

- Evitar que la familia del donante se sienta presionada para tomar rápidamente una decisión (Kirste y cols., 1988).

- Permitir que la familia pueda permanecer con el potencial donante el tiempo que necesiten (Johnson, 1992; Heyink y cols., 1992; Tymistra y cols., 1992; Adams, 1989; Kirste y cols., 1988).

- Negociación previa con un miembro de la familia (Walker y cols., 1990).

Apoyo emocional a los familiares de los potenciales donantes.

Diversos estudios han establecido la necesidad de apoyar emocionalmente a los familiares de los potenciales donantes de órganos, durante el proceso de petición (Pelletier, 1993; Pelletier, 1992; González-Rodríguez, 1990; Savaria y cols., 1990; Buckley, 1989; Sammons, 1988) e incluso más adelante, una vez han decidido conceder o denegar la donación de órganos (Pelletier, 1993; Pelletier, 1992; Bartucci y Seller, 1988). De estos estudios es posible extraer conclusiones de importancia:

- Los familiares de los potenciales donantes necesitan recibir información y sentirse apoyados emocionalmente.

- El apoyo emocional que puedan prestar los profesionales sanitarios antes y durante la petición de la extracción de órganos puede facilitar

la decisión de conceder el permiso.

- Debe ofrecerse la posibilidad de recibir apoyo emocional con posterioridad a la donación, mediante cartas, llamadas telefónicas o visitas personales. Estas medidas de apoyo pueden ayudar a que los familiares de los donantes se conviertan en difusores de las ventajas de donar órganos.

- El apoyo emocional prestado tras la donación de órganos ayuda a superar el trance de la muerte de un ser querido.

La firma o la posesión del carne de donante de órganos ha sido una conducta habitualmente utilizada como variable dependiente en los estudios psicosociales sobre donación de órganos. La tenencia del carne de donante no implica directamente la posibilidad de obtención de los órganos de sus poseedores; entre ambos hechos deben cumplirse los requisitos de que el poseedor del carne muera en condiciones clínicas aptas para convertirse en potencial donante y que sea detectado como tal por los servicios médicos responsables (urgencia y unidades de cuidado intensivo) y, sobre todo, la concesión del permiso de extracción de órganos por la familia, en respuesta a la petición del equipo de coordinación de trasplante.

Debido a estas razones, la firma o posesión del carne de donante debe ser entendida como una variable presumiblemente facilitadora de la donación.

A pesar de la supuesta importancia de esta variable en la facilitación de las donaciones orgánicas, pocos estudios han sido realizados

hasta la fecha que hayan indagado, con las suficientes garantías científicas la influencia que puede la posesión del carné de donante de órganos en la decisión familiar de facilitar o denegar el permiso de extracción. La mayoría de los autores dan por supuesto el efecto positivo de la posesión del carné de donante en la obtención de los órganos. Sin embargo, Buckley (1990) presenta un trabajo realizado en Gran Bretaña con una muestra en la que el 23% lleva tarjeta, en el que pone en tela de juicio el valor de este documento; en este estudio, se indica que el 32% de las negativas familiares se produjo a pesar de que el familiar fallecido poseía la tarjeta de donante. Howard (1989) alerta sobre la dudosa eficacia de presionar a la familia del fallecido con la posesión de la tarjeta de donante, con la finalidad de obtener la donación de órganos; en esta situación, intentar hacer valer este testimonio documental puede intensificar la ansiedad de la familia. Perkins (1987) opina que la tarjeta de donante no es un elemento definitivo debido a que los encargados sanitarios solicitan siempre el permiso a la familia; no obstante, el carné de donante puede suponer un elemento informativo sobresaliente que favorece la donación. Por último, Manninen y Evans (1985) son los autores que representan la posición más favorable a la potenciación del carné de donante, como recurso positivo. Estos autores apuestan incluso por la creación de una tarjeta de donante reconocida legalmente y que libre a la familia de la responsabilidad de decidir sobre el trasplante.

De las investigaciones hechas al efecto, se deduce que el perfil psicosocial de la persona que posee un carné o una tarjeta de donante es el de un individuo joven, con alto nivel cultural y económico y que conoce los trámites necesarios para firmar la tarjeta de donante y las consecuencias que esta decisión acarrea (Perkins, 1987). Keller (1989) añade a este perfil, la característica de haber comentado con la familia esta decisión. Como puede verse este perfil coincide exactamente con el de las personas que muestran una actitud favorable hacia la donación de órganos. Esta importante relación entre "actitud" y "conducta" puede verse favorecida por la gran especificidad del objeto social de referencia (Stahlberg y Frey, 1992; Ajzen y Fishbein, 1977), la firma o posesión del carné de donante. Por otra parte, Noel y Spanos (1989) caracterizan principalmente a las personas que han firmado un carné de donante como muy bien informadas sobre diversos temas de donación y trasplante de órganos.

Robbins (1991), por su parte, caracteriza a los poseedores del carné, desde la percepción que éstos tienen de la muerte. Los "donantes" serían sujetos con menos miedo a la muerte, tanto propia como de otros, con menor ansiedad a la muerte y con mayores recursos para afrontarla.

Recientemente, Tymistra y cols. (1992) estudiaron el proceso de obtención de órganos en seis familias holandesas que concedieron el permiso de donación y en 5 que lo denegaron, a través de entrevistas semiestructuradas. Los autores consideran que la presencia de un carné de

donante determinó el éxito en algunos casos, en tanto que su ausencia fue interpretada en otros casos como una muestra de que el fallecido estaba en contra de la donación de órganos.

Lewis y Snell (1985) comprobaron el efecto negativo que la difusión de dudas sobre la muerte de los posibles donantes tiene en la firma de carné de identidad. La figura nº 33 muestra la evolución mensual de firmas de tarjetas de donantes en los períodos anterior y posterior a la emisión en Gran Bretaña por televisión de un programa titulado "Trasplantes, ¿están los donantes realmente muertos?". El gran descenso de firmas de carné de donante tras la emisión de este programa sugiere el impacto que las informaciones incorrectas sobre muerte cerebral pueden tener en la voluntad de donar órganos.

DONACION DE ÓRGANOS Y MEDIOS DE COMUNICACION

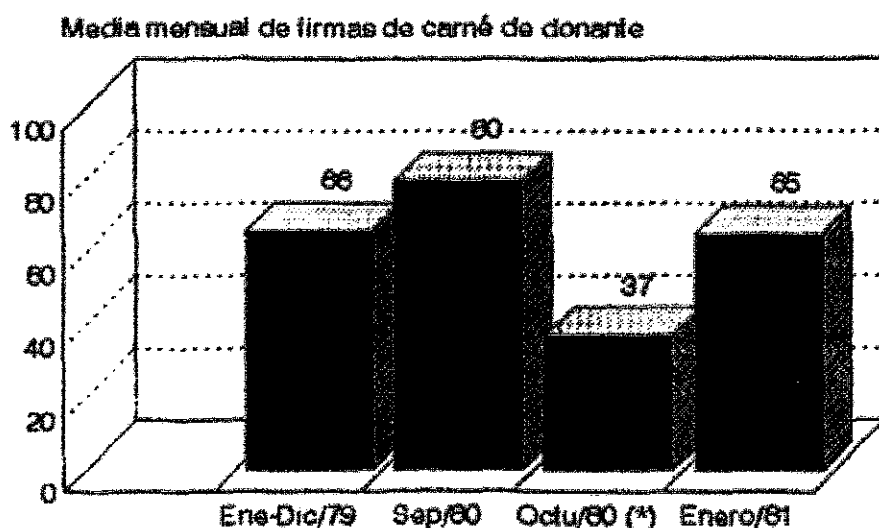


Figura nº 33: Efecto del programa "Trasplantes, ¿están los donantes realmente muertos" emitido por el primer canal de televisión del BBC, emitido en Octubre de 1980
(*) Período temporal inmediatamente posterior a la emisión del programa

Inversamente, las campañas de concienciación social y de información sobre donación y trasplante de órganos realizadas en nuestro país por diferentes asociaciones de enfermos renales o por la Cruz Roja obtienen un incremento de entre un 60% y un 400% de firmas de carné de donante (Chacón y cols., 1987).

En nuestro país, Santiago y cols. (1991) también enfatizan la necesidad de fomentar la firma de carnés de donantes como un medio de simplificar la decisión familiar. Por su parte, Martín y cols. (1991) entienden que la potenciación del carné de donante puede suponer, además, un refuerzo social muy estimable de una conducta altruista y generosa.

A partir de los resultados obtenidos en estos estudios es posible concluir que la firma y posesión de carné de donante de órganos supone, en términos generales, una medida facilitadora de la donación, siempre que sea adecuadamente usada por los equipos de coordinación de trasplante. Sus efectos sobre los familiares del difunto encargados de conceder o denegar la donación de órganos pueden ser de dos clases; por una parte, informan a los familiares de la voluntad del difunto (voluntad que, según los diversos estudios, sería habitualmente respetada); por otra, los familiares tienen en el carné de donante, el medio para eludir la responsabilidad que supone tener que tomar la decisión de conceder o no el permiso de extracción de órganos. Las campañas realizadas hasta ahora, producen un gran incremento de firmas de carnés de donante, aunque su efecto temporal quizá resulte muy limitado.

La información que poseen el público en general y los profesionales sanitarios constituye uno de los factores fundamentales en la determinación de la conducta de donación de órganos para trasplante. Matesanz (1991) advierte de los graves efectos de lo que denomina "gran amenaza informativa", el comercio de órganos. Otros autores (Martín y cols., 1991; Equipo de Coordinación del Hospital General de Segovia, 1991; Caplan y Virning, 1990; Cantarovich, 1989) comparten esta preocupación.

La utilización adecuada de las nuevas tecnologías de comunicación en la difusión de la donación de órganos y en la educación de la población puede ser uno de los más útiles instrumentos para aumentar las donaciones, como señalan Swerdlow y Cate (1990). Este esfuerzo comunicativo, realizado en colaboración estrecha entre profesionales, asociaciones de enfermos e instituciones es otro de los medios (Matesanz, 1991) más eficaces para la creación de un mejor clima social sobre estos temas.

La mayor parte de los autores que han estudiado el problema de la escasez de donaciones, han apostado decididamente por el desarrollo de campañas informativas y de programas educativos que conciencien a la sociedad en general y a los profesionales sanitarios en particular sobre la necesidad de convertir la donación de órganos en un hecho habitual (Comisión Permanente sobre trasplantes de órganos y tejidos del Ministerio de Sanidad, 1993; Matesanz, 1991; Santiago y cols., 1991; Pottecher y cols., 1990; Rochera y Calabuig, 1990; Nivet y cols., 1987; Chacón y cols., 1987; Corlett, 1985).

La donación de órganos para trasplante es un objeto de estudio donde la investigación básica (conocimiento de determinantes psicosociales de la donación de órganos) y la investigación aplicada (desarrollo de estrategias para aumentar las donaciones orgánicas) resultan en la práctica inseparables.

PARTE II: OBJETIVOS, HIPÓTESIS, MUESTRA Y METODOLOGÍA

1. OBJETIVOS GENERALES

- 1.- Averiguar, mediante la consulta a una muestra representativa de la población española, la percepción social que los españoles tienen de la donación y el trasplante de órganos. Cuáles son sus opiniones, temores, intenciones, expectativas, etc. más frecuentes entre la población española sobre estos temas.

- 2.- Extraer, a partir del análisis de los resultados obtenidos, una serie de conclusiones que permitan fundamentar adecuadamente la elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención informativa y educativa sobre la donación y el trasplante de órganos que tengan por objetivo el mejoramiento del clima social sobre estos temas y, en última instancia, el aumento de las donaciones de órganos.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-** Desarrollar y aplicar un instrumento válido para la obtención de datos fiables sobre la percepción social que la población española tiene sobre la donación y el trasplante de órganos.
- 2.-** Colaborar en la potenciación de técnicos y otras personas de la comunidad, en la mejor solución al problema de la escasez de donaciones.
- 3.-** Categorizar las variables psicosociales que tienen que ver con los permisos y las denegaciones para la extracción de los órganos para trasplantes.
- 4.-** Analizar la influencia que tiene en la facilitación o denegación de la donación de los órganos, aspectos concretos como el conocimiento de la opinión que tenía el difunto sobre el tema por parte sus familiares, la información que poseían éstos últimos sobre los trasplantes, etc.

2. HIPÓTESIS

Los estudios de Pearce, Amato y Smithson (Pearce y Amato, 1980, 1983; Smithson y Amato, 1982; Smithson, Pearce y Amato, 1983) con muestras anglosajonas, y de Chacón (1985, 1986; Chacón y cols., 1987) con muestras españolas sobre clasificación de episodios sociales de conducta altruista dan sentido a algunas hipótesis de nuestro trabajo. Aquellos supuestos teóricos invitan a la consideración de la donación de órganos, no como si de una sola conducta se tratara, sino como un conjunto de "episodios sociales" referidos en última instancia al mismo objeto social (la donación). A partir de tales planteamientos surgen algunas de las hipótesis que presentamos:

- *Creemos que existen importantes diferencias entre la disposición para la donación de órganos propios y la disposición para la concesión del permiso de extracción de órganos a familiares fallecidos.*
- *El conocimiento del deseo de donar que existía en la persona fallecida, condicionará positivamente la decisión en la concesión del permiso para la extracción de los órganos.*
- *Las personas partidarias de donar sus propios órganos mostrarán una disposición más favorable a la donación de los órganos en sus familiares.*

- Las diferencias interregionales conocidas sobre donaciones podrán percibirse también en la disposición general hacia la donación, entre las distintas poblaciones.

- Algunas variables como "edad", "clase social" y sobre todo "nivel de estudios" deben relacionarse significativamente con la disposición a la donación.

- Las personas con una actitud más positiva hacia los donantes de órganos mostrarán una mayor disposición a donar sus propios órganos o a facilitar el permiso de extracción de un familiar supuestamente fallecido.

Otro de los factores mencionados en la literatura psicosocial que influyen en la donación de órganos para trasplante es el conocimiento que se tiene sobre estos temas. En concreto, para la presente investigación podemos hipotetizar que:

- La percepción del trasplante de órganos como un medio eficaz y económico, afectará positivamente en una mejor disposición a la donación de órganos propios y de familiares.

- El conocimiento de donantes de órganos o de personas que hayan necesitado o recibido un trasplante se relaciona significativamente con una mayor disposición a la donación.

El bloque de población mejor dispuesta a conceder los permisos de extracción, debería estarlo también del mismo modo, para aceptar la socialización legal estos recursos (los órganos de las personas fallecidas) sin necesidad de recurrir a permisos previos.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Ámbito: España peninsular.

Universo: Población española peninsular, de ambos sexos, de 18 años y más.

Tamaño: 1.288 entrevistas

Afijación: Proporcional.

Puntos de muestreo: 95 municipios y 40 provincias.

Procedimiento de muestreo: Estratificado por conglomerados. La selección de unidades primaria de muestreo (municipios) se realizó de forma aleatoria proporcional a la población de cada estrato. Las unidades secundarias (secciones) se eligieron de forma aleatoria simple y las unidades últimas (individuos) por cuotas de sexo y edad. Los estratos se han formado por el cruce de 15 regiones autonómicas con el tamaño de "habitat", dividido éste en siete categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000; de 10.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 400.000; de 400.001 a 1.000.000; más de 1.000.000 de habitantes.

Error muestral: Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y $P=Q$, el error es de $\pm 2,7$ para el conjunto de la muestra.

Fecha de realización: del 31 de Mayo al 30 de Junio.

METODOLOGÍA

Una de las partes a que mayor importancia hemos adjudicado en la presente investigación ha sido a la del desarrollo y perfeccionamiento de un instrumento apto para recopilar abundante información sobre la percepción social de los españoles en relación a la donación y el trasplante de órganos. La elección del cuestionario como instrumento de recogida de datos tiene una justificación teórica y unas implicaciones prácticas.

El cuestionario, como sabemos, "constituye una de las técnicas directas de obtención de datos sobre aspectos objetivos (hechos) y subjetivos (opiniones, actitudes) basada en la información verbal proporcionada por el propio discurso" (Cea, M.A., 1992).

La importancia del cuestionario como técnica de investigación psicosocial lo da el hecho de que "es aún hoy el procedimiento de investigación social más importante y universal". El cuestionario en la investigación psicosocial ha sido utilizado para cumplir múltiples funciones en la investigación básica y aplicada. Entre sus principales características está la de que permite obtener abundancia de datos en poblaciones muy amplias, desde su triple función, descriptiva, verificadora o explicativa y heurística. Estas tres funciones muy a menudo suelen estar bastante interrelacionadas. Es no solo posible, sino hasta deseable, que un cuestionario cumpla más de uno de estos objetivos. Este es el caso del cuestionario que aplicamos para estudiar la donación y el trasplante de

órganos en la población española; el análisis de los resultados obtenidos permitió describir los aspectos más relevantes de los temas de interés tal como son percibidos por los Informadores (razones de la donación, condiciones para la concesión o denegación del permiso de extracción de órganos, información sobre trasplantes, etc.), comprobar o falsar las relaciones encontradas en otros estudios entre variables relevantes (por ejemplo, entre nivel educativo y predisposición hacia la donación) y descubrir nuevas relaciones entre variables que permitan inferir posibles explicaciones a determinados aspectos del problema.

Conscientes de las ventajas y, sobre todo, de las desventajas de la utilización de esta técnica de intervención, paliar en la medida de sus inconvenientes teniendo en cuenta las consideraciones oportunas de cautela previa (Román y Pastor, 1979; Swain, 1970; Best, 1968), como las de: incluir una presentación indicando los objetivos del instrumento, indicar claramente si es anónimo o no, asegurarse del nivel de comprensión cuidando la terminología empleada, indicar las normas de su aplicación, realizar una prueba a modo de pretest, consultar con expertos para la revisión y apelar a la sinceridad, entre otras.

En la medida de lo posible, cumplimos rigurosamente todas estas recomendaciones. A ello nos ha ayudado el largo y laborioso proceso de desarrollo que ha supuesto, entre otras cosas, una amplia participación de sectores implicados en el problema y de la población general. Por otra

parte, el uso de entrevistadores ha facilitado la correcta comprensión de las cuestiones recogidas en el instrumento definitivo.

En el proceso de investigación aplicada, el cuestionario suele hallarse entre las primeras técnicas metodológicas en ser utilizadas; mediante su aplicación, el investigador pretendería "perfilar temas o problemáticas sobre las cuales después realizar estudios con mayor profundidad" (Ferrández, A. y Jiménez, B., 1992).

La elección del cuestionario como la técnica adecuada para estudiar las variables psicosociales que inciden en la donación o no de órganos estuvo motivada, como en la mayor parte de las investigaciones psicosociales, por una combinación de razones favorables a la decisión adoptada y de argumentos contrarios al empleo de otras estrategias de investigación para abordar nuestro tema de interés. Seguidamente, se expondrán los principales motivos que justificaron la decisión adoptada:

El cuestionario (García Carracedo, 1992) es una de las "escasas técnicas disponibles para el estudio de las actitudes, valores, creencias y motivos". Nuestra investigación partía de la necesidad de obtener información amplia y fiable de una muestra nacional representativa sobre diversos aspectos internos, directamente no observables (actitudes, creencias, motivaciones, etc.) en relación a la donación y el trasplante de órganos. Los estudios psicosociales realizados anteriormente concluían casi por unanimidad en que el aumento de las donaciones de órganos para

trasplante pasaba inexorablemente por el desarrollo de intervenciones informativas y educativas de la población en general, que coadyuvasen a crear un clima social favorable a las donaciones.

Otros estudios descriptivos ponían en evidencia las grandes diferencias existentes entre Comunidades Autónomas en aspectos centrales del problema, medidas a través de indicadores objetivos (tasas de donación, tasas de negativas familiares, etc.). Por otra parte, los estudios actitudinales, sondeos de opinión, etc. realizados en distintas comunidades autónomas mostraban unas importantes diferencias en varios factores (nivel cultural, religiosidad, percepción de la muerte, etc.) que podían estar relacionados con la mayor o menor disposición a donar los órganos. Por tanto, sólo un estudio a nivel nacional permitiría averiguar qué variables podían explicar mejor estas importantes diferencias regionales.

Por último, existían, como es lógico, importantes limitaciones para la utilización de otras técnicas observacionales o interventivas, mientras que el proceso real de donación de órganos estaba teniendo lugar en su ambiente natural (el servicio de urgencia o la unidad de cuidados intensivos de los hospitales).

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CUESTIONARIO.

- *Potenciación de la participación.* Se potenció desde el primer momento la participación de una parte importante de los colectivos implicados en el problema (personal médico y de enfermería, equipos de coordinación de trasplante, asociaciones de enfermos, y población en general). Esta decisiva aportación a la elaboración del instrumento era tanto un requisito metodológico apropiado para obtener información y para perfeccionar el instrumento final, como una exigencia fundamental del sentido comunitario de la intervención.

- *Estrategia empírica de construcción.* Todas las correcciones introducidas durante el proceso de elaboración del instrumento, quedaron supeditadas al resultado del análisis empírico de los datos obtenidos de su aplicación a sucesivas muestras.

- *Estructuración completa del cuestionario.* Todas las preguntas que componen el cuestionario son "cerradas" incluyendo, en la mayoría de los casos, pocas alternativas de respuesta. Siguiendo la clasificación que hace Cea (1992) de las preguntas cerradas, el cuestionario contiene preguntas "dicotómicas" (dos opciones de respuesta y, en su caso, "no sabe" y "no contesta") y "categóricas" (más de dos opciones). Esta máxima estructuración sólo fue posible a través de varios análisis conceptuales y estadísticos que permitieron detectar errores y solapamiento de preguntas o de alternativas de respuestas en las sucesivas versiones.

- *Empleo de pretest.* Antes de su aplicación definitiva el cuestionario fue aplicado como pretest en dos ocasiones con muestras muy amplias. 500 personas fueron consultadas para realizar una primera versión del instrumento; más tarde, se empleó una muestra de 483 madrileños con dos objetivos básicos: obtener datos relevantes sobre donación de órganos y trasplantes en el municipio de Madrid y perfeccionar definitivamente el instrumento de recogida de información. En ambas ocasiones, del análisis de los resultados, se derivaron importantes modificaciones.

- *Utilización de entrevista personal para su aplicación.* El trabajo de campo se realizó mediante la modalidad de entrevista personal. Los individuos que ejercieron de entrevistadores fueron expresamente entrenados para desarrollar su labor. Se optó por esta solución debido a la complejidad del tema de estudio; como señalan Cea y Valles (1992), "frente a las otras formas de administrar el cuestionario, la entrevista personal es la más adecuada para abordar temas complejos. El entrevistador puede aclarar cuestiones no entendidas, ofrecer ayudas visuales (un mapa, tarjetas de respuesta ...) y estimular al sujeto a responder". Este sistema de aplicación "obtiene un alto grado de fiabilidad" (López, 1987). Sin embargo, esta modalidad de entrevista personal puede producir problemas de "carácter interactivo entre el entrevistador y el entrevistado, que pueden afectar al contenido de las respuestas" (López, 1987; Alvira y Martínez, 1985). Con el fin de evitar estos sesgos indeseables, se procuró realizar un adecuado

entrenamiento de los encuestadores y se acompañó su labor con material de apoyo (guías del entrevistador, tarjetas de respuesta, etc.) que ofrecemos en el Anexo final.

Tuvimos también en cuenta la información conseguida a través de las bases de datos internacionales PSYCLIT (1974-1991), MEDLINE (1983-1993), ERIC (1965-1992), ISOC (1971-92), ICYT (1979-1991) y SOCIAL SCIENCES INDEX (1983-1991) que proporcionaron referencias bibliográficas de aquellos artículos que tenían como objeto de estudio el proceso de donación de órganos, desde las más diversas perspectivas.

Diversas monografías y memorias anuales de actividades recogidos en publicaciones institucionales (Organización Nacional de Trasplantes, Alcer, Ministerio de Sanidad) facilitaron distintos aspectos sobre temas de interés: razones de negativas familiares a la donación, percepción de la donación y del trasplante de órganos por los colectivos profesionales implicados, campañas de promoción de la donación ...

El análisis minucioso de las campañas publicitarias emprendidas en nuestro país o en países de nuestro entorno suministró un buen material sobre importantes aspectos del problema, como percepción social de la donación de órganos, variables relacionadas con la negativa a donar los órganos y técnicas de persuasión empleadas para favorecer la donación de órganos.

Grabaciones de programas televisivos y radiofónicos que han tratado los temas de interés y su posterior visualización y análisis, nos permitió contar con declaraciones de trasplantados, de familiares de donantes, de equipos médicos, etc.

Otros vídeos de diferentes instituciones (O.N.T., ALCER, etc.) dedicados a la divulgación de la donación de órganos y del proceso de trasplante de órganos y a la formación de futuros coordinadores de trasplantes posibilitó la captación de factores de indudable utilidad.

Finalmente, se revisaron diversos instrumentos empleados con anterioridad para investigar opiniones y actitudes de diferentes grupos hacia estos temas. Con ello, se pretendía estudiar diversos aspectos metodológicos como procesos de construcción de los cuestionarios aplicados, su estructura, la ordenación de preguntas, análisis estadísticos realizados para su perfeccionamiento y, por supuesto, los resultados y conclusiones psicosociales sobre la donación y los trasplantes de órganos obtenidos tras su aplicación.

En esta revisión documental fijamos adecuadamente los criterios diferenciales de sistematización de donante "premortem" y "postmortem".

La inadecuación entre la legislación vigente (toda persona es donante si no ha hecho declaración expresa contra la utilización "post-mortem" de sus órganos) y la actuación real de los equipos de coordinación de trasplantes (sistemática consulta vinculante a los familiares) inducía a

plantear el problema desde una perspectiva psicosocial, debido a que la decisión de los familiares debería estar basada siempre en razones y argumentos tomados del ambiente social, sin que mediase experiencia directa previa.

Creímos que resultaría muy útil diferenciar entre las causas personales para donar o no donar los propios órganos y las razones que se suponía tenían "otras personas" para optar por una u otra cosa. Probablemente, estas "autoatribuciones" y "heteroatribuciones" (en forma de, por ejemplo, "temores por confirmar") tengan su peso a la hora de adoptar una posición favorable o desfavorable hacia la donación de órganos y, en última instancia, sean responsables, en parte, de la decisión final adoptada.

PASOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL CUESTIONARIO

Contactos con informantes-clave y población en general

La fuente de información más valiosa provino de los contactos mantenidos durante dos años con muestras heterogéneas de la población. Se mantuvieron charlas, debates y puestas en común con diversos colectivos implicados en el tema; asociaciones de enfermos renales, profesionales de la medicina y de la enfermería relacionados directa o indirectamente con el trasplante de órganos, estudiantes de Medicina y de Psicología, miembros de la Organización Nacional de Trasplantes y, sobre todo, población en general. Se procuró en todo momento y con todos los colectivos fomentar un

clima relajado y comunicativo; explícitamente, se manifestó a los participantes en estos actos la necesidad de que se expresaran libremente.

La receptividad de los participantes a estas indicaciones fue excelente, en términos generales. Las sesiones de trabajo no contaban con planificación previa de temas a tratar, salvo el monográfico de donaciones y trasplantes, ni de turnos de palabras. El moderador tenía como principal misión el fomento de la expresión libre y de la diversidad de opiniones. Algunas sesiones fueron grabadas en cassette para lo que se pidió consentimiento explícito a los asistentes y, además, dos colaboradores ayudaban al moderador a anotar ideas y opiniones más representativas. A través de este procedimiento, se manifestaron miedos, creencias, supersticiones, concepciones morales, ideológicas, políticas, formas de ser, de sentir y de comportarse, planteamientos racionales, viscerales, etc. Con todo el material recogido se procedió a una segunda fase de contactos con diversos grupos mediante charlas, coloquios y sondeos que tuvieron la finalidad de profundizar sobre aspectos más concretos de los temas tratados anteriormente.

A raíz de la información obtenida hasta el momento, tanto preguntas como alternativas de respuesta fueron redactadas intentado conseguir formas claras y concisas.

3) Pretest y perfeccionamiento del cuestionario

La primera versión del cuestionario fue aplicada a una muestra

de 500 personas, madrileñas, de 18 o más años de edad y de ambos sexos. Los objetivos perseguidos con aplicación piloto fueron los de evitar solapamiento conceptuales entre preguntas y alternativas de respuesta, eliminar alternativas no discriminantes, comprobar el correcto entendimiento de los ítems, verificar si la ordenación de preguntas y alternativas de respuesta eran las adecuadas, conocer el tiempo medio de pasación, descubrir nuevas ideas o temas de interés que pudiesen surgir de las respuestas de los entrevistados y entrenar a los encuestadores que más tarde serían los encargados de pasar la siguiente versión del cuestionario.

Los encargados de aplicar el cuestionario-piloto fueron alumnos de 5º curso de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid que habían participado en su elaboración por lo que conocían adecuadamente su contenido. Su tarea consistía en aplicar el cuestionario, resolver dudas que pudiese plantear el contenido de las preguntas o de las alternativas de respuesta (anotándolas en una hoja de observaciones para su posterior análisis), medir el tiempo empleado para su cumplimentación y apuntar todas aquellas ideas o sugerencias que pudiesen expresar los entrevistados.

Se procedió al análisis de las respuestas recogidas en este estudio piloto mediante procedimientos estadísticos y conceptuales. Como consecuencia, quedó configurado un nuevo cuestionario con 24 preguntas, distribuidas convenientemente en diversos bloques temáticos.

El cuestionario así reestructurado fue nuevamente aplicado a una muestra de 483 madrileños, de ambos sexos, de 18 ó más años.

Las características técnicas más relevantes del estudio fueron el procedimiento de muestreo fue el de estratificación por distritos municipales, la afijación fue proporcional a la población de cada distrito, el error muestral estimado, $\pm 1,2\%$ y se administró mediante entrevista personal en el domicilio del informante; los entrevistadores fueron entrenados especialmente y disponían de material de apoyo (credencial de identificación, guía del entrevistador, etc.); en su mayoría fueron los mismos entrevistadores que aplicaron el primer desarrollo de cuestionario, en la anterior fase de construcción.

Una vez aplicado el cuestionario, se procedió a diferentes análisis (de contenido, discriminante, etc.) de las respuestas recogidas, lo que permitió introducir algunas modificaciones importantes, entre las que destacan, la ampliación de 24 a 44 preguntas, sobre todo, debido a la importancia de profundizar en la opinión del individuo sobre la donación de órganos de un familiar (aspecto central en nuestro estudio, ya que, determina en última instancia que se produzca o no la donación de órganos). Se redujeron el número de alternativas de respuesta de las preguntas y hubo otras sobre razones para la donación o para la no-donación. La necesidad de simplificar al máximo el instrumento debido a la enorme heterogeneidad de la muestra nacional (que contempla cuotas de sexo y edad y selección

de distritos y secciones electorales de muy diversos pueblos y ciudades españoles) implicó la transformación de alternativas de respuesta en preguntas que sólo admitían "Sí" o "No" como contestación.

Procedimiento de aplicación

El cuestionario, así constituido, fue aplicada a una muestra de 1290 personas pertenecientes a las 15 Comunidades Autónomas del territorio peninsular. Los encuestadores eran seleccionados en la mayoría de las Comunidades Autónomas por una persona que ejercía de coordinador del trabajo de campo que habría de realizarse en su Comunidad. La función de este coordinador, profesor universitario normalmente, además del reclutamiento, selección e instrucción de los entrevistadores, consistía en repartir y controlar los cuestionarios y el material de apoyo.

Los encuestadores fueron siempre personal técnico de grado medio o superior.

La colaboración por parte de la población, en términos generales, ha sido muy buena. Las mayores complicaciones han surgido de la desconfianza por razones de seguridad ciudadana, sobre todo en los barrios de más alto nivel socioeconómico.

Cada encuestador recibía por parte del coordinador de su Comunidad Autónoma los cuestionarios; las *hojas de instrucciones*, con la forma de seleccionar a las personas de acuerdo a las cuotas de "sexo" y

"edad" que le han correspondido; recomendaciones sobre la forma de desarrollar la entrevista y sobre la forma de contestar el cuestionario teniendo en cuenta las peculiaridades de algunas de sus preguntas (preguntas-filtro y preguntas que se acompañan con fichas con sus alternativas de respuesta); la *hoja de distribución de la muestra*, según "sexo" e "intervalo de edad" de la localidad que le ha correspondido y un listado de las calles (pertenecientes al distrito y a la sección electoral válidas según la selección previa) donde el entrevistador debe pasar los cuestionarios; se suministró también un "*cuadernillo complementario*" con 16 tarjetas (alternativas de respuesta, correspondientes a otras tantas preguntas, recogidas en el cuestionario y la forma de identificarlas en el cuestionario) y 5 hojas de anotaciones donde apuntará las direcciones de la casa donde ha realizado las entrevistas, con el objeto de controlar la labor de los entrevistadores.

Aplicación

El entrevistador se dirigía a cualquiera de las calles indicadas en su "hoja de distribución de muestra". Elegía cualquier vivienda de la zona y se presentaba como colaborador de la Universidad Autónoma de Madrid (o de cualquiera de las Universidades de las distintas Comunidades Autónomas) en una investigación para conocer la opinión de los españoles sobre la donación y los trasplantes de órganos y solicitaba su colaboración

o la de cualquier habitante de la casa que estuviese dentro de las cuotas de "sexo" y "edad".

Una vez obtenida su aprobación, procedía a leerle las preguntas y las alternativas de respuesta y a anotar su elección en el propio cuestionario. La excepción a este procedimiento consistía en aquellas preguntas (en concreto, 14 de las 44 que constituían el cuestionario) que tenían varias alternativas de respuesta y que requerían una especial atención; en estos casos, se entregaba al informante una ficha (del "cuadernillo complementario") que recogía las alternativas de respuesta del cuestionario para que el sujeto pudiese elegir con mayor comodidad; por supuesto, si el entrevistado era analfabeto o tenía dificultades de lectura o de comprensión, el entrevistador se las leía más pausadamente y contestaba a todas sus dudas.

El papel del encuestador estaba mediatizado por dos requisitos de la entrevista, evitar, en la medida de lo posible, que las respuestas del sujeto estuvieran mediatizadas por la presencia del encuestador y asegurar el correcto entendimiento de las preguntas, de sus respectivas alternativas de respuesta y del resto de normas, máxime cuando el informante podía carecer de estudios mínimos o ser analfabeto.

En términos generales, la máxima preocupación del entrevistador debía ser evitar la directividad en su actuación; sólo si el sujeto solicitaba ayuda expresa podría resolver sus dudas. En este caso, tal ayuda

significaría aclaraciones semánticas puntuales; si a pesar de ello, tuviese dudas sobre lo que se le preguntaba, el entrevistador debería señalar la opción "no sabe".

También, como norma general, se transmitió a los encuestadores que sólo ellos podían señalar en el cuestionario la alternativa elegida. Sin embargo, si así lo solicitaba el informante podía entregar un ejemplar del cuestionario para que lo rellenase, permaneciendo en la casa mientras el informante lee y contesta al cuestionario, siempre que se lo permita, para aclarar dudas o resolver dificultades (concediendo prioridad absoluta a sus deseos manifestados), manteniéndose al margen de la lectura y del rellenado del cuestionario. El cuestionario fue elaborado teniendo en cuenta esta posibilidad para lo cual en el encabezamiento se dan las instrucciones principales para su contestación, al tiempo que se asegura el anonimato del entrevistado.

El cuestionario costa de 44 preguntas y que presenta, entre otras, las siguientes características:

- Es el único cuestionario sobre donación de órganos y trasplantes aplicado a una muestra representativa de la población peninsular en nuestro país, desde el comienzo de la actividad trasplantadora.

- En el proceso de desarrollo se ha seguido una estrategia empírica, a través de sucesivas aplicaciones de distintas versiones lo que

sirvió para su progresivo perfeccionamiento, en base a análisis racionales y estadísticos de los resultados obtenidos con las dos primeras aplicaciones.

- Amplia participación de los colectivos implicados y de la población en general en su elaboración.

- Heterogeneidad y eclecticismo en el abordaje teórico.

Posiblemente, estas son sus mayores cualidades. En el instrumento se encuentran representadas diversos constructos psicológicos, tales como actitudes, opiniones, creencias, autoatribuciones, heteroatribuciones, etc.

- Integra aportaciones de una parte importante de los cuestionarios aplicados en países de nuestro entorno, dedicados a estudiar el clima social sobre las donaciones y los trasplantes de órganos.

- La aplicación se realizó mediante entrevista personal lo que facilitó la correcta interpretación de las preguntas y de las alternativas de respuesta.

- Entre otros el cuestionario en sus diferentes versiones fue revisado por jueces con y sin experiencia en el tema, técnicos y estadísticos, profesores de metodología y de Psicología Social, y población en general.

- Todas las preguntas son cerradas, excepción hecha de la variable numérica "edad" y de las nominales "comunidad", población y localidad (que se daban ya codificadas al entrevistador). Las razones para estructurar de esta manera el cuestionario fueron, por ejemplo el adecuado conocimiento del problema; después de las investigaciones previas, de las

dos aplicaciones piloto para el perfeccionamiento del instrumento y de los correspondientes análisis era posible determinar cuáles eran las preguntas relevantes y las alternativas de respuesta que discriminaban entre los sujetos; existía, pues, un adecuado conocimiento del problema y de sus diversas manifestaciones. Además, permitía cumplir adecuadamente, algunos objetivos de la investigación, como el de a comparar a distintos grupos de sujetos (pertenecientes a distintas comunidades autónomas, con diferentes pronunciamientos sobre la donación, con distintas razones para donar o para no donar, etc.). Se economizaba, al mismo tiempo y esfuerzo, al no tener, en ningún caso, que interpretar el contenido de las respuestas de los sujetos; al tiempo, se evitaban sesgos en la traducción de la información desestructurada a información estructurada.

La tabla nº 31 presenta las preguntas del cuestionario (representadas por el número que tienen en él) clasificadas según su grado de estructuración.

Tabla nº 31: Clasificación de las preguntas del cuestionario según su grado de estructuración

ABIERTAS	CERRADAS		
	Dicotómicas	De elección múltiple	
4 ("Edad")	5, 10, 11, 13, 23, 24, 25, 33, 34, 37a, 38, 39, 39a, 39b, 40, 40a	Abanico de Respuestas	De Estimación
		6, 7, 8, 9, 12(*), 14, 17(*), 18(#), 21(#), 22(#), 26(#), 27(#), 29, 30, 31(*), 32, 35, 36, 37	15, 16, 19, 20, 28
Observaciones: Las preguntas están identificadas por el número que llevan en el cuestionario Las preguntas 1, 2 y 3; "comunidad", "provincia" y "localidad" (lugar e intervalo poblacional) se deben previamente codificar al entrevistador. (*) En estas preguntas, el entrevistado puede elegir tantas alternativas como quiera; cada alternativa se codificó como si de una pregunta dicotómica se tratara. Son también llamadas "preguntas preformadas o de cafetería" (#) Formalmente, cada pregunta contenía dos variables diferentes (alternativa "más importante" y "otra" alternativa), por lo que se codificaron como dos preguntas diferentes.			

Las preguntas también puede clasificarse según su "naturaleza", tal y como muestra la tabla nº 32.

Tipo de pregunta	Definición	Preguntas del cuestionario
Preguntas de Hechos	Se refieren por lo general a hechos o sucesos ocurridos en la vida de los informadores.	1, 2, 3, 10, 37, 38
Preguntas de Acción	Indagan sobre acciones o actividades de los encuestados.	37a
Preguntas de Información	Intentan situar o comprobar los conocimientos e información que posee el entrevistado sobre ciertas cuestiones.	11, 12
Preguntas de Intención	Se pretende determinar cuáles son los propósitos o intenciones del individuo sobre ciertas cuestiones.	23, 24, 25, 31, 39, 39a, 39b, 40, 40a
Preguntas de Opinión	Se pregunta al entrevistado por su opinión sobre ciertos temas.	13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36
Preguntas sobre expectativas o aspiraciones	Intentan averiguar las perspectivas que presenta la realidad y sus deseos y aspiraciones.	
Preguntas sobre motivos	Su objetivo es conocer las razones o motivos de las acciones, opiniones o sentimientos.	
Preguntas de identificación	Se refieren a las características básicas de la muestra bajo estudio.	4, 5, 6, 7, 8, 9
OBSERVACIONES: Las preguntas 1, 2 y 3; "comunidad", "provincia" y "localidad" (con dos variables, "nombre de la localidad" y "población de la localidad") se deben previamente codificar al entrevistador		

Tabla nº 32: Clasificación de las preguntas del cuestionario según su naturaleza.

Como se puede observar, destaca la abundancia de "preguntas de opinión"; el 45,4%. Por otra parte, hay 9 "preguntas de intención". Su función, en este caso, consiste en solicitar la opinión del sujeto ante situaciones hipotéticas, de las que tiene noticias a través de distintos medios de comunicación. Estas preguntas se han elaborado refiriéndose a "eventos personales ligados a situaciones concretas", factor que según Bandura (1977) aumenta su capacidad predictiva. Sin embargo, estas preguntas plantean problemas en su interpretación, ya que, los informadores no tienen experiencia previa en las situaciones; en relación a esta falta de experiencia previa es preciso resaltar que en casi todos los casos, las personas que han de tomar la decisión de permitir o denegar el permiso se encuentran también frente a una situación totalmente nueva. En cualquier caso, los resultados obtenidos de estas preguntas fueron interpretados de forma descriptiva, tratando de evitar con ello un inadecuado salto inferencial que estableciese una relación directa entre opinión emitida y comportamiento futuro.

Por último otro aspecto destacable de esta clasificación es la nula presencia de "preguntas de acción", habituales en otros cuestionarios. Su ausencia revela nuevamente la falta de experiencias previas, de actuaciones concretas en relación con la donación de órganos; a pesar del enorme crecimiento del número de trasplantes y del correspondiente aumento de las donaciones, aún el porcentaje de la población española que ha donado un órgano o ha facilitado el permiso oportuno es muy escaso. Sin

embargo, hay algunas preguntas que indirectamente solicitan información sobre acciones concretas de los entrevistados: "Es usted donante de sangre" (¿dona usted sangre?), "En este tema de la donación de órganos, ¿En qué situación se encuentra usted? (¿Es usted donante de órganos?)", pero que han sido clasificadas como "preguntas de hechos" debido a que interrogan sobre eventos concretos (donación de sangre y de órganos, respectivamente) de la vida del informador.

Otro criterio que permite clasificar las preguntas de un cuestionario se refiere a su finalidad. En este caso, se dividen en "directas" e "indirectas". Todas las preguntas del cuestionario son preguntas "directas", a pesar, de que algunos ítems tienen connotaciones desagradables. Se consideró conveniente abordar todos los aspectos del problema de forma explícita e incluir en todas las preguntas la categoría "no contesta" para que sirviese de refugio a las personas que no desearan opinar sobre algún tema por considerarlo de mal gusto o inadecuado (cosa que no ha ocurrido de forma significativa). Por otra parte, el desarrollo empírico del instrumento favoreció la adecuación de la preguntas a lo manifestado por los entrevistados en las sucesivas versiones del cuestionario. En ningún caso, los entrevistadores informaron de dificultades a la hora de abordar estos ítems y tampoco los entrevistados han elegido sistemáticamente la alternativas "no sabe" o "no contesta".

Finalmente, podemos clasificar las preguntas de acuerdo a la función que cumplen en el cuestionario. En la tabla nº 33 se presenta la distribución de las preguntas del cuestionario según pertenezcan a las diversas categorías que comprende esta taxonomía (Cea, 1992).

Clasificación de preguntas según su función	Características más importantes	Preguntas del Cuestionario
Preguntas sustantivas	Preguntas básicas y referentes a las cuestiones investigadas mediante la encuesta	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37a, 38, 39a, 39b, 40a
Preguntas de filtro	Se realiza con anterioridad a otra u otras preguntas para eliminar a los sujetos que no poseen alguna característica deseada para responder a la pregunta siguiente	37, 39, 40
Preguntas de control	Su finalidad es comprobar la veracidad de las respuestas	
Preguntas de consistencia	Preguntas sobre el mismo tema pero redactadas de distinta forma y situadas en diferentes lugares del cuestionario para verificar la congruencia de las respuestas	
Preguntas de introducción	Son utilizadas para iniciar el cuestionario, generar la confianza y despertar el interés del encuestado	11
Preguntas amortiguadoras o de alojamiento	Sirven para abordar los temas difíciles o escaabroce	
Batería de preguntas	Conjunto de preguntas sobre la misma cuestión que se complementan unas a otras, al enfocar distintos aspectos del mismo tema	12, 17, 31

Tabla nº 33 : Clasificación de las preguntas del cuestionario, según su función.

Como se puede apreciar el cuestionario no incluye preguntas para verificar la veracidad de las respuestas. El cuestionario presenta una serie de características que pueden favorecer la sinceridad en las manifestaciones de los encuestados. El anonimato de los informadores y de

sus opiniones claramente expuesto por los entrevistadores y visible en el Impreso del cuestionario. El predominio en el cuestionario de preguntas de opinión que no conllevan confrontación con datos objetivos. La escasa implicación personal en el tema del cuestionario, la donación de órganos, frente a la cual no suele haber experiencia previas ni es percibida como un hecho cotidiano influyente en la vida de los entrevistados.

Un gran parte de las preguntas (84%) se dedica a indagar sobre diversas facetas del objeto de estudio, ya que, se parte de la suposición razonada de que no resulta necesario controlar la veracidad de las respuestas y que tampoco son precisas preguntas de aflojamiento o amortiguadoras (por las razones ya expuestas al tratar, en el apartado anterior, de las preguntas indirectas) con el consiguiente ahorro de preguntas y alternativas de respuesta.

Extensión y duración del cuestionario

En nuestro caso, el cuestionario cuenta con 44 preguntas y la duración media estimada, a través de informes de los entrevistadores, es de 25 a 35 minutos, dependiendo, sobre todo, del nivel cultural del encuestado y del conocimiento de los temas tratados. Se caracteriza, pues, por la relativa brevedad en su relleno, a lo que contribuye sin duda la abundancia de preguntas dicotómicas y la utilización de fichas con las alternativas de respuesta (evitando así tener que repetir la lectura de las alternativas).

Organización del cuestionario.

Se optó por seguir, con alguna modificación puntual, la "técnica del embudo" (García Ferrando, 1992; López, 1987; Esomar, 1973), de la siguiente manera:

- Tras las preguntas de identificación (4-10), se encuentra una "pregunta de acceso" (relativa a si el entrevistado conocía algún donante o trasplantado de órganos), con la finalidad de centrar al sujeto en el tema del cuestionario y motivarlo desde la apelación a su experiencias personales.

- Continúa el cuestionario con una serie de preguntas sobre la información que poseía el entrevistado sobre la donación y los trasplantes de órganos; en primer lugar, sobre ambos temas en conjunto (12-14), para centrarse más tarde en los trasplantes de órganos (15-18).

- Las dos siguientes preguntas (19 y 20) se refieren a temas distintos: actitud hacia los donantes, en general, e importancia concedida a la religión en la vida de los entrevistados, respectivamente. La primera de ellas, está relacionada con otra pregunta situada más adelante, referida a la actitud del entrevistado sobre un hipotético donante familiar (28), separadas para evitar la contaminación de una sobre la otra; la pregunta sobre la importancia de la religión fue colocada en esta posición, una vez centrado el tema, para aminorar el impacto sobre un aspecto muy personal.

- Se abordan a continuación aspectos centrales del problema pero aún sin referirlos a situaciones concretas. Así se interroga sobre las

razones de otras personas para hacerse donante (21) y para no donar (22) y sobre las razones personales para donar (26 y 27); estos dos bloques están separados por tres preguntas (23-25) que indagan sobre las condiciones para aceptar un trasplante con el objeto de evitar la contaminación de respuestas. La siguiente pregunta ha sido ya comentada.

A partir de este momento, se alternan bloques temáticos con preguntas para recoger información puntual sobre algún aspecto importante.

- Las preguntas 29 y 30 intentan recoger la opinión del informador sobre los criterios que debería ser empleados para distribuir los órganos obtenidos de las donaciones.

- La pregunta 31 alcanza una mayor nivel de concrección al preguntar por los órganos que preferiría dar, en el caso de ser donante.

- El siguiente bloque (32-34) incidía en otro de los temas centrales del cuestionario, las condiciones para la concesión del permiso familiar para la extracción de órganos.

- La pregunta 35 abordaba el problema de la falta de aplicación de la legislación vigente y la opinión de los informadores ante la posibilidad de extraer los órganos sin solicitar permiso previo.

- La opinión del entrevistado sobre quién debería solicitar el permiso familiar para la extracción de órganos está abordada en la pregunta número 36.

- Por último, se llega a las preguntas de mayor implicación personal y más concretas. En las tres siguientes cuestiones (37, 37a y 38) se estudia la situación personal del informador sobre la donación de órganos (37 y 37a) y sobre la donación de sangre (38). El último bloque (39, 39a, 39b, 40, 40a) tiene como objetivo averiguar la decisión que adoptaría el informador ante una solicitud de permiso de donación bajo tres condiciones diferentes (conociendo la opinión favorable del fallecido para donar los órganos, en el caso de conocer su oposición y desconociendo su parecer sobre el tema). En cada caso, si fuese pertinente, se le pide que nos diga si donaría uno o varios órganos. En este bloque se usan las preguntas 39 y 40 como filtros mediante los que se seleccionan los sujetos que responden afirmativamente a la pregunta para interrogarles sobre si permitirían un donación orgánica o multiorgánica.

PARTE III

1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1.1. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de resultados consta de dos fases claramente diferenciadas: análisis descriptivo y análisis exploratorio.

La primera parte de nuestro análisis está orientada al estudio descriptivo de los resultados obtenidos en todas las variables recogidas en el cuestionario; los estadísticos descriptivos que vamos a utilizar serán las frecuencias y los porcentajes. Se han excluido de este análisis las categorías "no sabe" y "no contesta", en aquellas preguntas que no superaron conjuntamente el 5% de las observaciones.

La segunda parte, el análisis exploratorio y se dedicará, en un primer momento, a indagar cuáles son las variables del cuestionario que se relacionan significativamente con las cuatro variables dependientes seleccionadas, mediante el análisis de tablas de contingencia. Con esta finalidad, en un primer momento se seleccionarán los cruces de variables que muestren un nivel de significación estadística menor de 0,05, mediante la "razón de verosimilitud" de la prueba "Chi-Cuadrado". No obstante, este tipo de análisis no permite explorar convenientemente a qué combinaciones de valores

combinaciones de valores de las variables consideradas se debe la relación estadísticamente significativa.

Un segundo nivel de análisis irá destinado a estudiar, mediante el desarrollo de "modelos loglineales" las categorías de las variables independientes que muestran una influencia significativa en algunos de los valores de la variable dependiente considerada en cada ocasión.

El desarrollo de los modelos "loglineales" se aplica al análisis de las relaciones existentes entre variables categóricas. Estos modelos guardan cierta similitud con el análisis de varianza, ya que determinan hasta que punto pueden considerarse significativas las desviaciones que experimenta una variable en función de los diferentes valores de otras. Ahora bien, en los modelos "loglineales" se consideran como variables independientes todas las variables utilizadas para clasificar a los sujetos, siendo la variable dependiente el número de individuos incluidos en las distintas "celdas", derivadas del cruce de dos o más variables.

En los modelos log-lineales, se pretende crear una combinación lineal de efectos que pueda explicar de la manera más perfecta posible el logaritmo de las frecuencias observadas en las diferentes celdas.

Así, un modelo log-lineal aplicado a la relación entre una variable tendría la siguiente formulación.

$$\ln n_{ij} = \mu + \mu_i + \mu_j + \mu_{ij}$$

Donde:

n_{ij} : Número de observaciones contenidas en las casilla ij .

μ : Media aritmética de los logaritmos neperianos de todas y cada una de las casillas.

μ_i : Efecto de la fila (media aritmética de los logaritmos neperianos de las frecuencias de las categorías de la variable fila).

μ_j : Efecto de la columna (media aritmética de los logaritmos neperianos de las frecuencias de la variable columna).

μ_{ij} : Efecto de la interacción. Se calcula a partir de los anteriores, de esta forma:

$$\ln n_{ij} - \mu_i - \mu_j - \mu$$

A su vez, para cada parámetro, se calcula un error estándar y un valor típico que informan sobre su significación estadística; esto es, sobre la relevancia de dicho efecto para explicar la distribución de observaciones encontrada.

Además de estimar la significación de los diferentes efectos, al igual que otros modelos, los log-lineales proporcionan estadísticos de bondad de ajuste, calculados a partir de las diferencias existentes entre los valores esperados y los valores calculados a partir de los efectos considerados.

Para la aplicación del análisis "loglineal" en nuestro estudio se han seleccionado las variables independientes que han mostrado asociación

en la prueba del Chi-cuadrado con las variables dependientes postuladas en nuestro estudio. A continuación, se han elaborado modelos log-lineales saturados aplicados al cruce de las variables tomadas dos a dos. De esta forma, se han construido modelos que consideran los efectos de la variable fila, la variable columna y su interacción. El grado de ajuste del modelo a los datos es así siempre completo, siendo lo relevante para la interpretación, en esta fase del análisis, la cuantificación del efecto debido a la interacción. Este efecto informará en que grado los individuos tienden a concentrarse en una determinada celda con independencia de su frecuencia previa en las categorías de las variables fila y columna.

Al analizar la relación entre las diferentes variables, además del valor absoluto y los porcentajes de fila y columna, se expone el parámetro que cuantifica el grado de desviación, negativa o positiva debido a la interacción, así como su significación, derivada del valor típico.

Finalmente, se completará el análisis de los datos del cuestionario mediante el método de **análisis factorial de correspondencias múltiples**, con el objetivo de descubrir factores subyacentes.

El **Análisis Factorial de Correspondencias Múltiples (AFCM)** es un método multivariante de reducción de dimensiones aplicable a variables categóricas. La lógica del AFCM consiste en asignar determinadas coordenadas a individuos, categorías y variables en función de una serie de dimensiones que maximicen la diferencia entre ellas. A diferencia del análisis

factorial de datos cuantitativos, la matriz de partida no se construye en función de las correlaciones entre las diferentes variables, sino tomando como base las distancias Ji-cuadrado existentes entre las mismas. La distancia Ji-cuadrado, dadas dos variables, se define como el cuadrado de la distancia euclídea entre sus perfiles, ponderado inversamente por la frecuencia marginal.

De esta forma, los factores calculados en el AFCM maximizarán la distancia entre dos categorías en el espacio de ese factor, intentando reflejar en la mayor medida posible la distancia Ji-Cuadrado entre sus perfiles. Al igual que el análisis factorial de datos cuantitativos, el AFCM proporciona diversos parámetros, que reflejan el porcentaje en que los factores calculados explican las diferencias entre las diferentes categorías, el grado en que cada una de las categorías queda explicada por los diferentes factores, la contribución de cada una de las variables al factor y, a su vez, calcula las coordenadas en cada uno de los factores para cada uno de los diferentes individuos, categorías y variables.

1.2. VARIABLES CONSIDERADAS EN EL ESTUDIO.

En consonancia con las hipótesis de la investigación dividimos las variables en: variables dependientes y variables independientes.

Variables dependientes.

Las variables cuyo efecto queremos medir, son "disposición a la donación de órganos propios" y "disposición a la donación de órganos de familiares fallecidos". Esta última, se subdivide en tres variables que serán analizadas por separado y en las que se varía sistemáticamente el conocimiento que los familiares del fallecido tienen de su opinión sobre la donación de órganos; estas variables son:

- "Disposición a donar los órganos de un familiar fallecido, conociendo su opinión favorable hacia la donación".
- "Disposición a donar órganos de un familiar fallecido, conociendo la opinión desfavorable del difunto hacia la donación".
- "Disposición a donar órganos de un familiar fallecido, desconociendo su opinión acerca de la donación".

Variables independientes.

Las variables que hemos investigado como posibles causas de las variables dependientes pueden ser clasificadas de la siguiente forma:

- *Variables estructurales o demográficas:* "sexo", "edad", "estado civil", "nivel de estudios", "clase social", "ocupación laboral", "hijos", "comunidad autónoma" y "tamaño de la población donde reside el entrevistado".

- *Variables sobre información general sobre donación y trasplante de órganos.*

"Conocimiento de amigos o familiares que sean donantes o hayan necesitado o recibido un trasplante de órganos",

"Procedencia de la información sobre estos temas",

"Valoración de la información que posee sobre estos temas",

"Grupos sociales a quiénes se debe informar preferentemente sobre estos temas".

- *Opiniones sobre los trasplantes de órganos.*

En relación a su coste.

En relación a su eficacia.

Como prestación sanitaria.

Como técnica para conseguir avances médicos.

Como un lujo de otros países más ricos que el nuestro.

Resultados más importantes.

- *Condiciones para la aceptación de un trasplante.*
- *Actitudes hacia los donantes de órganos.*

En general.

Familiares.

- *Importancia de la religión en la vida de los encuestados.*
- *Heteroatribuciones sobre la donación de órganos.*

Razones de la "gente" para hacerse donante de órganos.

Razones de la "gente" para no hacerse donante de órganos.

- *Autoatribuciones sobre la donación de órganos.*

Razones personales para hacerse donante de órganos.

Razones personales para no hacerse donante de órganos.

- *Criterios para elegir los beneficiarios de las donaciones.*

Criterios geográficos de distribución de órganos.

Criterios personales.

- *Preferencias en la donación de órganos.*
- *Condiciones para la concesión del permiso familiar.*
- *Opinión sobre la posibilidad de establecer una legislación que permitiera la extracción de órganos sin solicitar permiso previo.*
- *Personas que deberían solicitar el permiso familiar.*
- *Situación personal en relación a la donación de sangre.*

1.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Universo y muestra.

Constituyen el universo poblacional de nuestra investigación, los españoles de 18 años o más de edad, residentes en la todas las comunidades autónomas del Estado Español, a excepción de los que vivan en las Islas Canarias y las Islas Baleares.

La fecha de realización de las entrevistas abarcó el período de 15 de Abril a 31 de Mayo de 1.993.

Descripción de la muestra, según sus variables demográficas.

La muestra está compuesta por 1288 personas, de 18 o más años,

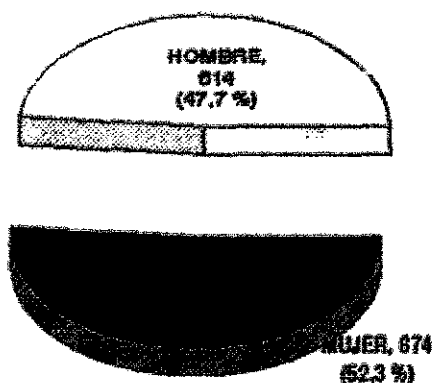


Figura nº : Distribución porcentual de muestra, en relación a la variable 'sexo'.

de los cuales el 52,3% son mujeres; y el 47,7%, hombres (figura nº 1.1.).

La distribución de la muestra por comunidades autónomas se muestra en la tabla nº 1.1.

Comunidad Autónoma	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	233	18,1
Aragón	44	3,4
Asturias	44	3,4
Cantabria	18	1,4
Castilla-La Mancha	58	4,5
Castilla-León	92	7,1
Cataluña	210	16,3
Comunidad Valenciana	135	10,5
Extremadura	41	3,2
Galicia	101	7,8
Madrid	170	13,2
Murcia	34	2,6
Navarra	21	1,6
País Vasco	76	5,9
La Rioja	11	0,9
TOTAL	1288	100

Tabla nº: 1.1.: Distribución de la muestra, en función de la Comunidad Autónoma.

Los municipios muestreados se distribuyen, de acuerdo, al tamaño de su población, tal y cómo muestra la tabla nº 1.2.

Población	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 2.000	128	9,9
De 2.001 a 10.000	219	17,0
De 10.001 a 50.000	287	22,3
De 50.001 a 100.000	128	9,9
De 100.001 a 400.000	263	20,4
De 400.001 a 1.000.000	93	7,2
Más de 1.000.000	170	13,2
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.2.: Distribución frecuencial y porcentual de la muestra según el tamaño de la población donde residen.

Estos municipios han sido agrupados, según su población, en cuatro intervalos que sirven para caracterizar cuatro clases de poblaciones: "poblaciones pequeñas" (hasta 10.000 habitantes); "poblaciones medianas" (de 10.001 a 100.000); "poblaciones grandes" (de 100.001 a 1.000.000); y "metrópolis" (más de un millón: Madrid y Barcelona). De acuerdo a este nuevo agrupamiento, la variable "tipo de población" se distribuiría de la siguiente manera:

Tipo de Población	Frecuencia	Porcentaje
Poblaciones pequeñas	347	26,9
Poblaciones medianas	415	32,2
Poblaciones grandes	356	27,6
Metrópolis	170	13,3
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.3.: Distribución frecuencial y porcentual de la muestra, en función del tipo de población donde reside.

Atendiendo a la variable "edad", los entrevistados cubren un rango que oscila entre los 18 y los 92 años y representan una aproximación proporcional a la distribución de edades en la población española. No obstante, a efectos de análisis, los sujetos encuestados han sido divididos en seis intervalos de edad: "de 18 a 25 años", "de 26 a 35", "de 36 a 45", "de 46 a 55", de "56 a 65" y "más de 65 años". La distribución de la muestra, según

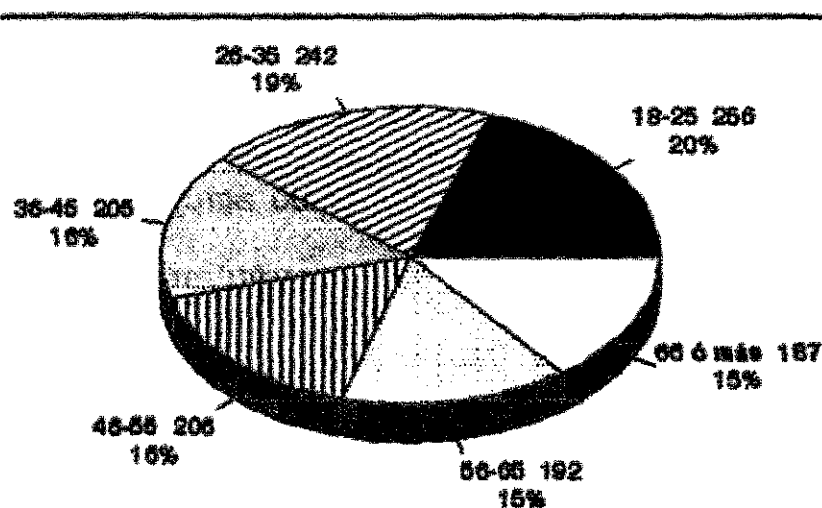


Figura nº 1.2: Distribución de la muestra, según "intervalos de edad".

estos intervalos de edad aparece representada gráficamente en la figura nº 1.2.

Con relación al "estado civil" (figura nº 1.3.) la mayor parte de las personas que componen la muestra son "casados"; los "solteros" representan más de la cuarta parte de la muestra; los "viudos", suponen el 7%; y en la categoría "otros" se incluyen las personas "solteras o divorciadas" (1,9%) y los que "no contestan" (0,1%).

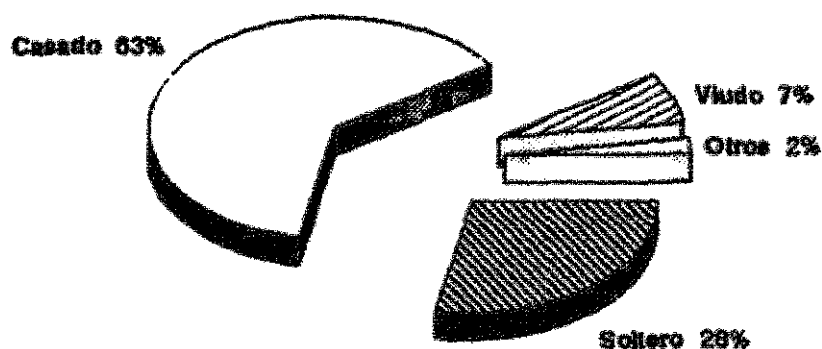


Figura n° 1.3.: Distribución de la muestra, según la variable "estado civil".

La figura n° 1.4. muestra el "nivel de estudio" de las personas de la muestra, en la que vemos que predominan las que poseen "estudios

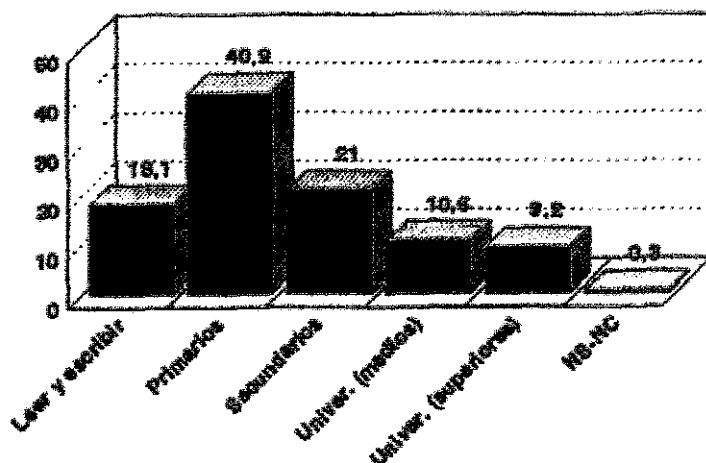


Figura n° 1.4.: Distribución de la muestra, según el "nivel de estudio".

primarios" (40,9%); el 21% tiene "estudios secundarios (B.U.P. o equivalente)".

En cuanto a la variable "clase social" (tabla nº 1.4.), una buena parte de los encuestados (60,9%) declararon que pertenecen a la clase social "media"; muy pocos consideran que son de clase social "alta-media alta".

Clase social	Frecuencia	Porcentaje
Alta-media alta	41	3,2
Media	785	60,9
Media baja	346	26,9
Baja	85	6,6
No sabe	18	1,4
No contesta	13	1,0
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.4.: Distribución de la muestra, según el "nivel de estudio".

La variable "ocupación laboral preferente" se distribuye en la muestra consultada como aparece en la tabla nº 1.5. En esta pregunta, los entrevistadores debían solicitar a su informador que seleccionase la ocupación laboral que ocupase la mayor parte de su tiempo y que centrase sus preocupaciones e intereses; así, por ejemplo, si el encuestado se trataba de una mujer desempleada que realizase labores domésticos, el entrevistador debía anotar en el impreso de cuestionario "sus labores"; en el mismo sentido, un estudiante en paro era considerado a los efectos de esta investigación como "estudiante". Los resultados generales en esta variable indican que hay dos

grupos claramente mayoritarios constituidos por "trabajadores fijos" (31,8%) y por personas dedicadas a "sus labores" (24,5%).

Ocupación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador fijo	409	31,8
Trabajador Eventual	141	10,9
Estudiante	135	10,5
Paro-desempleo	95	7,4
Jubilado	183	14,2
Sus labores	316	24,5
No sabe	1	0,1
No contesta	8	0,6
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.5.: Distribución de la muestra, según la variable "ocupación laboral preferente".

Por otra parte, casi las dos terceras parte de los informadores declararon que tenían hijos; algo más de la tercera parte de la muestra "no" los tenían; y un 0,2% no contestó (figura nº 1.5.).

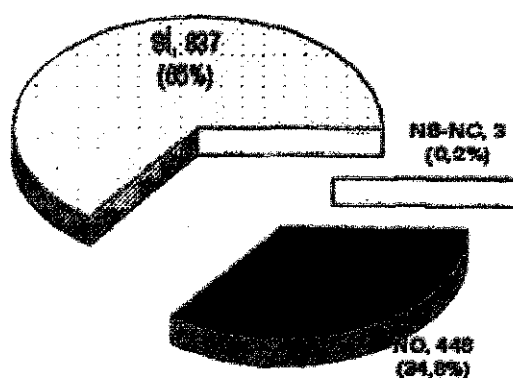


Figura nº 1.5.: Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta "¿Tiene hijos?".

Las creencias religiosas han sido objeto de polémica en la literatura psicosocial en relación a su influencia sobre la donación de órganos. En la presente investigación, hemos creído oportuno operativizar esta variable como **"importancia de la religión en su vida"**; de esta manera, hemos pretendido trascender de la confesión religiosa particular, sustituyéndola por un concepto general de **"sentimiento religioso ligado a la vida cotidiana"**. Los resultados generales de esta pregunta, representados en la figura nº 1.6. indican que las personas para las que la religión tiene **"mucho"** o **"bastante"** importancia en su vida representan un 55,5%; complementariamente, aquellas que consideran que tiene **"poca"** o **"ninguna"** importancia suponen el 44,5% de la muestra consultada.

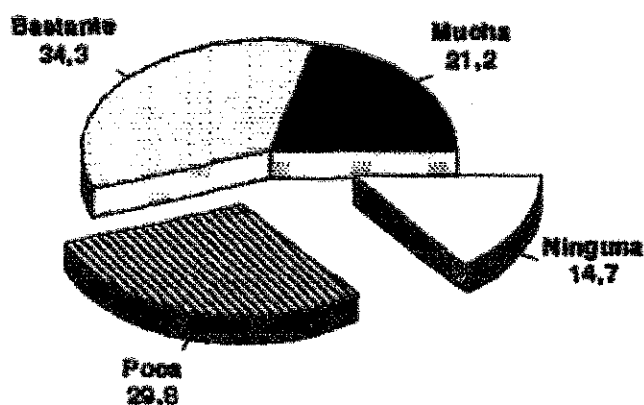


Figura nº 1.6: Importancia que concede a la religión en su vida.

Información general sobre donación y trasplante de órganos.

Un porcentaje importante (figura nº 1.7.) de la muestra consultada declaró que "ha conocido entre sus familiares o amigos algún donante de órganos o alguien que haya necesitado o recibido un trasplante"; no obstante, los sujetos que responden negativamente a esta cuestión forman un grupo muy mayoritario. Estos resultados parecen indicar que la donación y el trasplante de órganos tiene una repercusión en la sociedad española más amplia de lo que en un primer momento pudiese sospecharse.

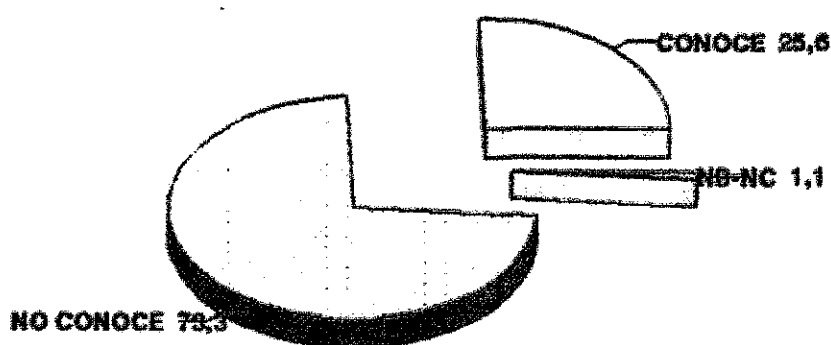


Figura nº 1.7.: Distribución porcentual de la muestra, en relación a si conocen a donantes o trasplantados de órganos

Más de las tres cuartas partes de los sujetos declara haber obtenido la información que posee sobre la donación y el trasplante de órganos principalmente por la "televisión" (figura nº 1.8.). También destaca el bajo porcentaje de informantes que dice haber recibido información a través de

las "vallas y carteles", de los "profesionales de la medicina" y de "colegios u otros centros educativos".

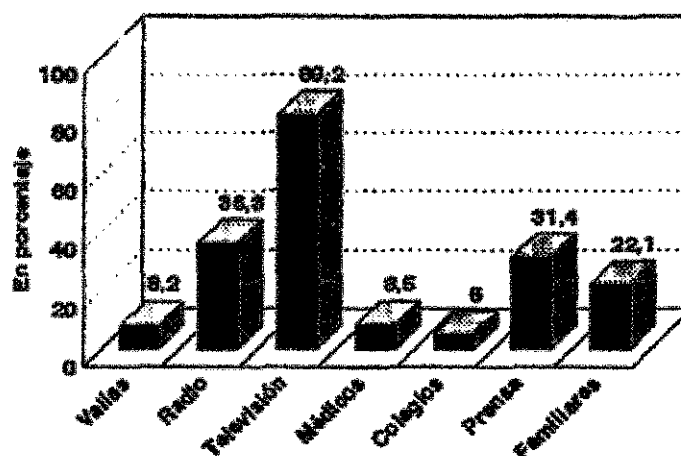


Figura n° 1.8.: Medios por los que las personas encuestadas declararon haber recibido información de donación de órganos y trasplante (porcentaje de respuestas afirmativas, en cada caso).

La mayoría de los encuestados valoraron la información que poseen sobre estos temas como "insuficiente" (figura n° 1.9.)

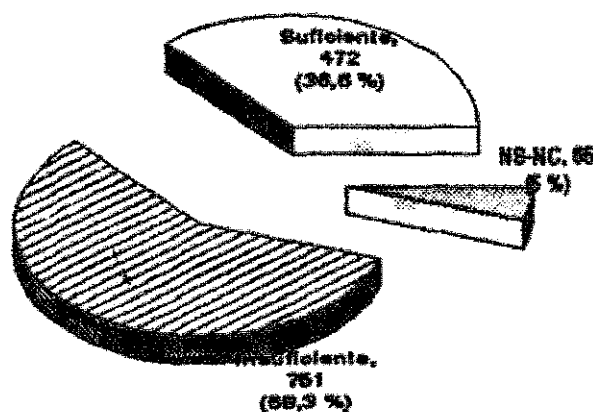


Figura n° 1.9.: Porcentajes de la muestra que consideran que la información que poseen sobre donación y trasplantes es "suficiente", "insuficiente" o "no saben-no comentar".

Como muestra la tabla nº 1.6., los encuestados consideran en su mayoría que la información que se trasmita sobre donación y trasplante de órganos debe ir dirigida "a todos".

Personas a las que se debería informar preferentemente sobre estos temas:	Frecuencia	Porcentaje
Niños	104	8,1
Jóvenes	233	18,1
Adultos	78	6,1
Todos	858	66,6
No sabe-No contesta	15	1,2

Tabla nº 1.6.: Distribución de opiniones sobre qué colectivo debería ser informado preferentemente sobre estos temas.

Valoración de los trasplantes de órganos

En relación al coste económico de los trasplantes, el 54,6% de las personas encuestadas declararon que "no saben" si son "más caros", "igual de caros" o "menos caros" que otros tratamientos alternativos para las enfermedades orgánicas; el 1,1% de la muestra "no contesta". (figura nº 1.10.).

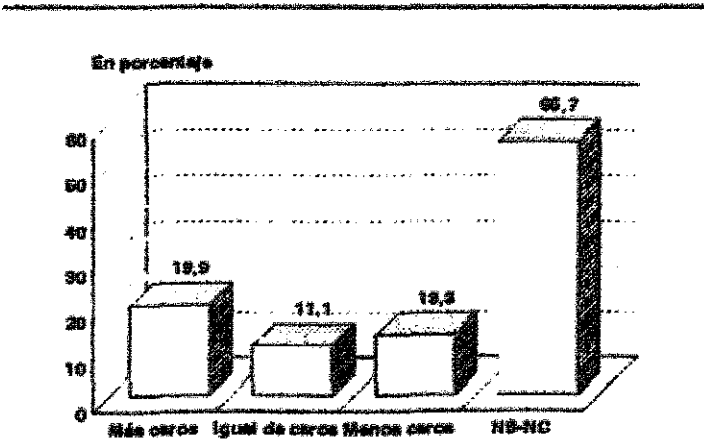


Figura nº 1.10: Distribución porcentual de las opiniones de los encuestados sobre el coste económico del trasplante de órganos, en relación a los otros tratamientos alternativos.

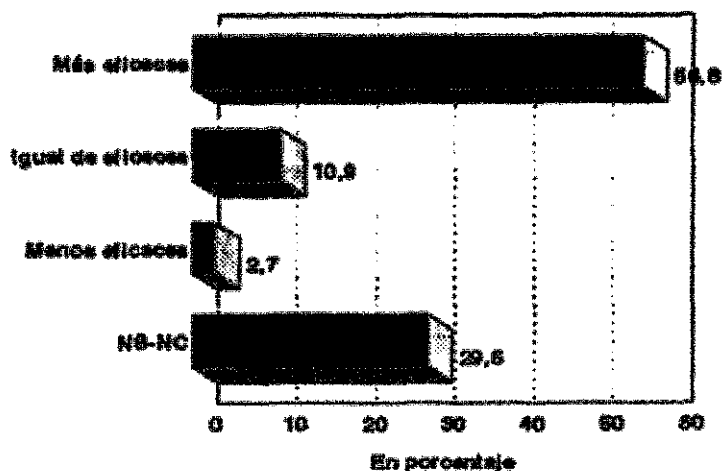


Figura nº 1.11.: Distribución porcentual de respuestas a la pregunta, ¿los trasplantes de órganos son "más eficaces", "igual de eficaces" o "menos eficaces" que otros tratamientos alternativos?

La siguiente alternativa de respuesta más frecuentemente citada (por casi la quinta parte de la muestra) es que los trasplantes son "más caros que otros tratamientos alternativos".

Entre los sujetos que no optaron por las alternativas "no sabe" o "no contesta" predomina la creencia de que son "más caros que otros tratamientos" (44,9%); el 30% considera que son "menos caros" y la cuarta parte declara que son "igual de caros".

La eficacia de los trasplantes de órganos en relación a otros tratamientos parece ser un tema más conocido por los encuestados que los aspectos económicos; el 71,4% de la muestra expresa una opinión sobre este asunto y un 29,6% elige las opciones "no sabe" o "no contesta". Las opiniones de los encuestados se distribuyen según muestra la figura número 1.11.

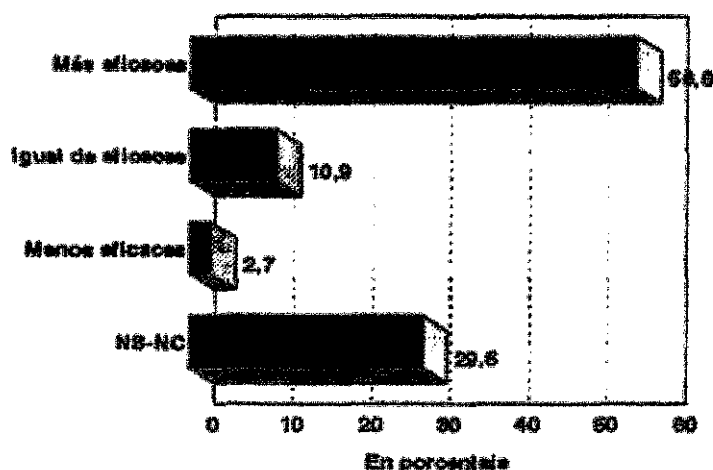


Figura n° 1.11.: Distribución porcentual de respuestas a la pregunta: ¿Los trasplantes de órganos son "más eficaces", "igual de eficaces" o "menos eficaces" que otros tratamientos alternativos?

Una porcentaje claramente mayoritario de los encuestados que se pronuncian sobre esta cuestión consideran que los trasplantes son "más eficaces" que otros tratamientos alternativos (el 58,6% de la muestra); sólo el 10,9% los considera "igual de eficaces"; y una parte muy pequeña de los encuestados (2,7%) afirma que son "menos eficaces".

Por otra parte, el 29,6% de la muestra declara estar de acuerdo con la opinión de que los trasplantes de órganos son una "buena prestación sanitaria"; solo el 10,9% indica que es "una técnica útil para conseguir avances en la medicina"; se registra un casi total acuerdo (el 96,6% de los encuestados) en negar que el trasplante de órganos sea un "lujo propio de otros países más ricos que el nuestro".

Los resultados del trasplante de órganos es otra de las preguntas recogidas en el cuestionario con la finalidad de averiguar cómo perciben los sujetos este tipo de intervención. En esta pregunta se intentaba que los informadores señalaran, en orden de preferencia, los dos resultados de un trasplante que consideraba más importantes. Como puede verse en la tabla nº 1.7., el "aumento de la calidad de vida" es la consecuencia que se percibe como más importante, con preferencia a "vivir más tiempo".

Resultado del trasplante de órganos	Frecuencia	Porcentaje
Aumentar la calidad de vida	669	51,9
Vivir más tiempo	471	36,6
Mejorar la situación de la familia	84	6,5
Disminuir los costes de la enfermedad	18	1,4
No sabe	39	3
No contesta	18	1,4
TOTAL:	1288	100

Tabla nº 1.7. : Resultado más importante del trasplante de órganos

En cuanto al resultado del trasplante que los encuestados sitúan en segundo lugar, la opción de "vivir más tiempo" es la alternativa de respuesta seleccionada con mayor frecuencia (tabla nº 1.8); tras ella se sitúa "aumentar la calidad de vida".

Resultados del trasplante de órganos	Frecuencia	Porcentaje
Vivir más tiempo	458	51,9
Aumentar la calidad de vida	324	36,6
Mejorar la situación de la familia	269	6,5
Disminuir los costes de la enfermedad	147	11,4
No sabe	54	4,2
No contesta	36	2,8
TOTAL:	1288	100,0

Tabla nº 1.8.: Segundo resultado más importante del trasplante de órganos

Finalmente, podemos convertir ambas variables en una sola, que contemple conjuntamente los resultados del trasplante, sin tener en cuenta el orden de importancia. En este caso, el "aumento de la calidad de vida" es resultado más citado por los sujetos encuestados; a escasa distancia porcentual se encuentra "vivir más tiempo".

Resultados del trasplante de órganos	Frecuencia	Porcentaje
Aumentar la calidad de vida	993	38,5
Vivir más tiempo	929	36,0
Mejorar la situación de la familia	353	13,7
Disminuir los costes de la enfermedad	186	7,2
No sabe	72	2,8
No contesta	45	1,8
TOTAL:	2576	100

Tabla nº 1.9.: Distribución frecuencial y porcentual de los resultados del trasplante, citados en primero o segundo lugar.

Condiciones para aceptar un trasplante.

Las tres preguntas que se refieren a este tema indagan el nivel de calidad de vida que debe proporcionar un trasplante de órganos para que, en opinión de los encuestados, sea considerado una alternativa de tratamiento deseable.

Los resultados obtenidos indican (figura nº 1.13.) que la mayoría de los sujetos (46,6%) aceptarían el trasplante, "aunque, como consecuencia, quedase necesitado de ayuda para asearse o alimentarse"; el 82,1% lo aceptaría aunque, "quedase laboralmente inútil, pero pudiendo valerse por sí mismo; por último, el 20,3% solo aceptaría el trasplante si "quedara en condiciones de trabajar y llevar una vida relativamente normal" (figura nº 1.15.).

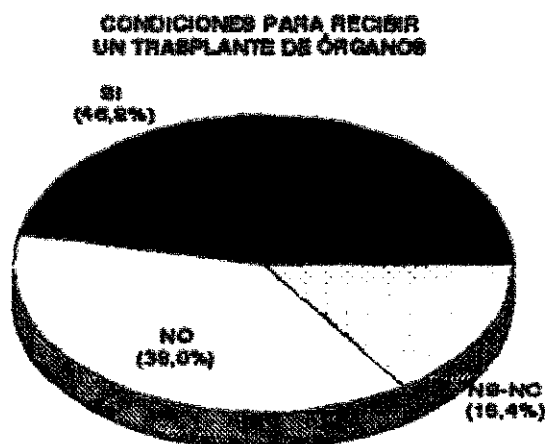


Figura nº 1.13: Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿Aceptaría un trasplante, aunque, como consecuencia quedase necesitado de ayuda para asearse o alimentarse?

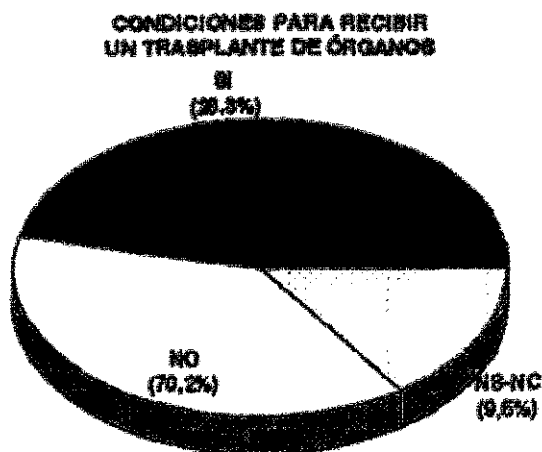


Figura n° 1.15.: Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: *¿Únicamente aceptar un trasplante si quedara en condiciones de trabajar y vivir con sus relaciones sociales?*

Criterios de distribución de órganos para trasplante.

La opinión más frecuentemente expresada por los encuestados sobre este tema es la de que "los órganos se adjudiquen a los enfermos, sólo por razones de gravedad y urgencia" (figura n° 1.16.); no obstante, un porcentaje significativamente importante de los encuestados cree que se debe dar "preferencia a las personas que llevan más tiempo en lista de espera" (19,8%); un trato especial de favor hacia los que figuran oficialmente como donantes, a la hora de seleccionar a los receptores de un trasplante es una alternativa que obtiene un escaso apoyo porcentual.

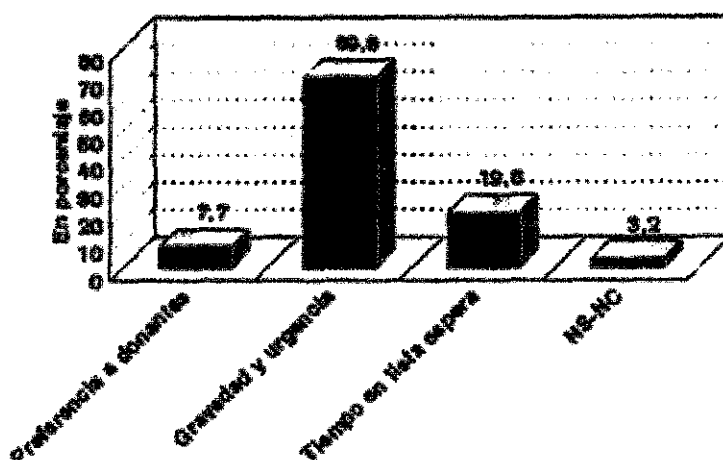


Figura nº 1.16.: Criterios personales que deberían aplicarse, en opinión de los encuestados, para adjudicar los órganos procedentes de donaciones a los enfermos que precisan un trasplante.

Por otra parte, se solicita a los informantes que den su opinión sobre si los órganos para trasplante deben ser utilizados preferentemente en la Comunidad donde fueron obtenidos, deberían pasar a formar un fondo común a nivel nacional, o si consideran que este fondo de órganos debería tener un ámbito de distribución internacional. Como puede apreciarse en la figura nº 1.17., la opinión más frecuente entre los encuestados es la de que los órganos obtenidos para trasplante "pasen a formar parte de un fondo común internacional"; la siguiente opción más elegida es "que pasen a formar un fondo común para toda España".

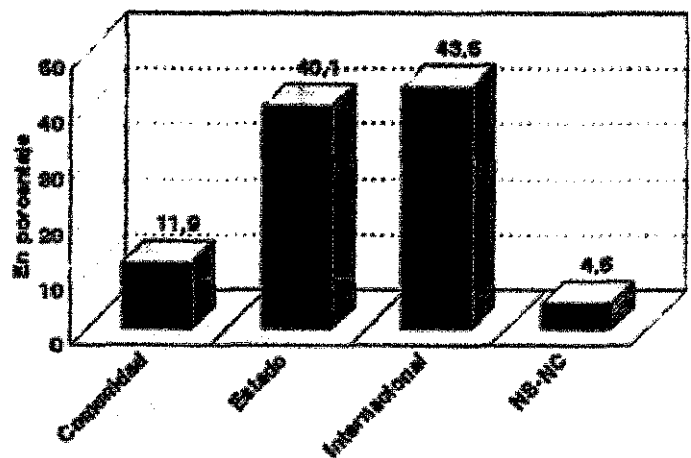


Figura nº 1.17.: Distribución porcentual de las respuestas a la cuestión sobre si los órganos obtenidos mediante donaciones deberían formar un fondo "comunitario", "estatal" o "internacional".

Actitudes hacia los donantes de órganos.

La opinión personal de los encuestados sobre los donantes de órganos es muy positiva, como puede apreciarse en la tabla nº 1.10. El 96,7% de los encuestados tienen una opinión "muy buena" o "buena".

Opinión sobre donantes	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	882	68,5
Buena	345	26,8
Mala	2	0,2
Muy mala	0	0
Indiferente	40	3,1
NS-NC	19	1,5
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.10.: Opinión de los encuestados sobre los donantes de órganos

Esta opinión mayoritariamente positiva hacia los donantes extiende al caso en que el donante fuese un familiar del informador; esta posibilidad estaría "bien" vista por el 90% de los encuestados (figura nº 1.18).

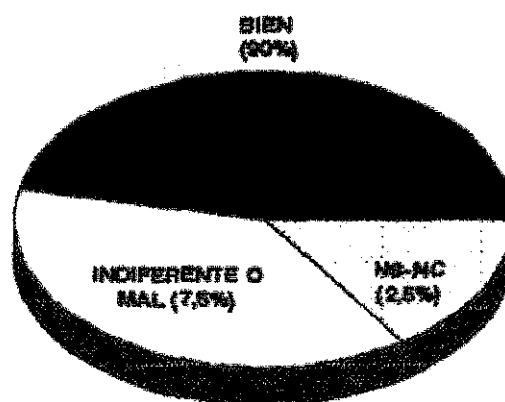


Figura nº 1.18: Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: *¿Cómo veía usted que un familiar suyo fuera donante?*

Estos datos pueden interpretarse como la existencia de una actitud claramente positiva hacia los donantes de órganos en la sociedad española.

Razones atribuidas a la "gente" para hacerse donante de órganos.

En esta pregunta, se solicita a los encuestados que elijan dos alternativas de respuesta y que indiquen cuál consideran que es la más importante.

En primer lugar, las razones más importante por las que la "gente" done órganos, se distribuyen como muestra la tabla nº 1.11.:

Razón más importante por la que "la gente se hace donante de órganos"	Frecuencia	Porcentaje
Por considerarlo una obligación moral.	139	10,8
<i>Por solidaridad.</i>	<i>583</i>	<i>45,3</i>
Por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte	43	3,3
Porque no cuesta nada.	35	2,7
<i>Por hacer para los demás lo que se querría para sí, en tal situación.</i>	<i>451</i>	<i>35</i>
No sabe	25	1,9
No contesta	12	1
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.11.: Razón más importante por la que la gente se hace donante de órganos.

Según estos resultados, se perciben preferentemente en los demás razones de "solidaridad" y "reciprocidad" (entre ambas, suponen el 88,3% del total) para hacerse donante de órganos.

Los sujetos eligen las mismas alternativas de respuesta aunque invirtiendo su orden de preferencia ("por hacer para los demás lo que se querría para sí, en tal situación" y "por solidaridad"), cuando seleccionan la segunda razón en importancia para hacerse donante de órganos. La distribución de frecuencias y porcentajes de cada alternativa de respuesta se presenta en la tabla nº 1.12.

Segunda razón por la que "la gente se hace donante de órganos"	Frecuencia	Porcentaje
Por considerarlo una obligación moral.	187	14,5
<i>Por solidaridad.</i>	<i>353</i>	<i>27,4</i>
Por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte	66	5,1
Porque no cuesta nada.	117	9,2
<i>Por hacer para los demás lo que se querría para sí, en tal situación.</i>	<i>461</i>	<i>35,8</i>
No sabe	52	4,0
No contesta	52	4,0
TOTAL	1288	100

Figura nº 1.12: Razones, citadas en segundo lugar según su importancia por las que la gente se hace donante de órganos.

En el caso de agrupar en un sola variable las dos razones elegidas por cada persona entrevistada, sin tener en cuenta el orden de importancia en el que son seleccionadas, podemos observar (tabla nº 1.13) que las alternativas que hacen referencia a la "solidaridad" y a la "reciprocidad" son elegidas por una amplia mayoría de la muestra.

Por otra parte, llama la atención el escaso porcentaje de respuestas acumuladas en las categorías "no sabe" o "no contesta", lo que parece indicar que la muestra consultada tiene formada una opinión concreta sobre estos temas.

Razones por la que "la gente se hace donante de órganos"	Frecuencia	Porcentaje
Por considerarlo una obligación moral.	326	12,7
Por solidaridad.	936	36,3
Por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte	109	4,2
Porque no cuesta nada.	152	5,9
Por hacer para los demás lo que se querría para sí, en tal situación.	912	35,4
No sabe	77	3,0
No contesta	69	2,5
TOTAL	2576	100

Figura nº 1.13: Razones, citadas en primer o segundo lugar, por las que la "gente" se hace donante de órganos.

Estos resultados se presentan gráficamente en la figura 1.19.:

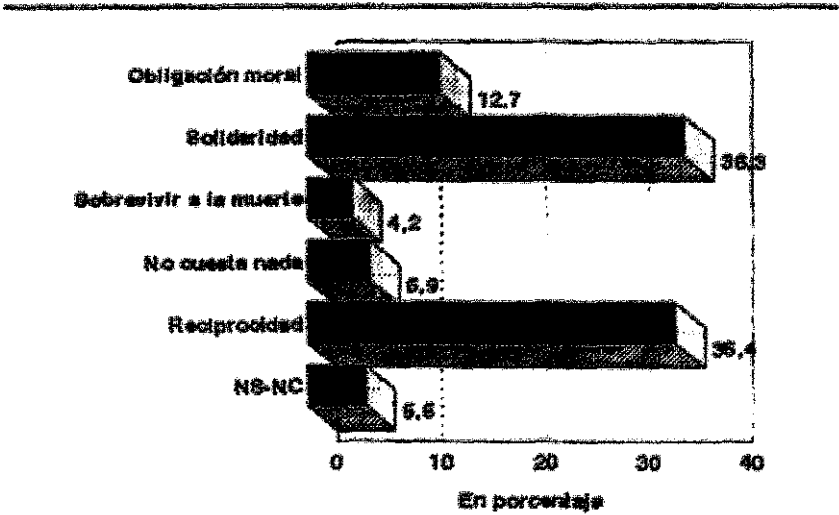


Figura nº 1.19: Razones atribuidas a la "gente", citadas en primer o segundo lugar, para hacerse donante de órganos.

Razones atribuidas a la "gente" para no donar órganos.

En esta pregunta al igual que en la anterior se solicita a los encuestados que elijan dos respuestas entre las alternativas que se les presentan y que indiquen su orden de importancia. La tabla nº 1.14. muestra cómo se distribuyen las respuestas de los sujetos entrevistados, en relación a qué razón perciben como más importante para justificar que la gente no se haga donante de órganos. Las alternativas que acaparan la mayor parte de las observaciones son "por miedo a que cojan los órganos antes de estar realmente muertos" y "por no saber cómo hacerlo"; (50,9%).

Razón más importante por la que "la gente NO se hace donante de órganos"	Frecuencia	Porcentaje
Por no recibir nada a cambio.	128	9,9
<i>Por no saber cómo hacerlo.</i>	300	23,3
Por rechazo a la idea de mutilación del cuerpo.	180	14,0
<i>Por miedo a que cojan los órganos antes de estar realmente muerto.</i>	356	27,6
Por motivos religiosos.	74	5,7
Por no molestarse en hacer las gestiones necesarias.	83	6,4
Por desagrado ante la idea de enterrar el cuerpo sin algún órgano.	81	6,3
No sabe	57	4,4
No contesta	29	2,3
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.14: Razones más importantes por la que la gente NO se hace donante de órganos.

Las preferencias de los entrevistados se distribuyen de manera más homogénea al considerar la razón que sigue en importancia a la citada anteriormente (tabla nº 1.15.); no obstante, destacan "por desagrado ante la idea de enterrar el cuerpo sin algún órgano" y "por miedo a que cojan los órganos antes de estar realmente muerto".

Segunda razón por la que "la gente NO se hace donante de órganos"	Frecuencia	Porcentaje
Por no recibir nada a cambio.	67	5,2
Por no saber cómo hacerlo.	167	13,0
Por rechazo a la idea de mutilación del cuerpo.	154	12,0
<i>Por miedo a que cojan los órganos antes de estar realmente muerto.</i>	206	16,0
Por motivos religiosos.	115	8,9
Por no molestarse en hacer las gestiones necesarias.	179	13,9
<i>Por desagrado ante la idea de enterrar el cuerpo sin algún órgano.</i>	217	16,8
No sabe	118	9,2
No contesta	65	5,0
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.15.: Razones, citadas segundo lugar, por las que la "gente" NO se hace donante de órganos.

En el caso de no tener en cuenta el orden de preferencia establecido por los entrevistados y de agrupar en una sola variable las razones señaladas en primer y segundo lugar, se puede apreciar (tabla nº 1.16.) que los

dos principales motivos que se perciben para que la "gente" no se haga donante de órganos son: "por miedo a que cojan los órganos antes de estar muerto" y "por no saber cómo hacerlo".

Razones por la que "la gente NO se hace donante de órganos"	Frecuencia	Porcentaje
Por no recibir nada a cambio.	195	7,6
Por no saber cómo hacerlo.	467	18,1
Por rechazo a la idea de mutilación del cuerpo.	334	13,0
Por miedo a que cojan los órganos antes de estar realmente muerto.	562	21,8
Por motivos religiosos.	189	7,3
Por no molestarse en hacer las gestiones necesarias.	262	10,2
Por desagrado ante la idea de enterrar el cuerpo sin algún órgano.	298	11,6
No sabe.	175	6,8
No contesta	94	3,6
TOTAL	2576	100

Tabla nº 1.16.: Razones, citadas en primer o segundo lugar, por las que la "gente" NO se hace donante de órganos.

Estos últimos datos se recogen gráficamente en la figura 1.20.:

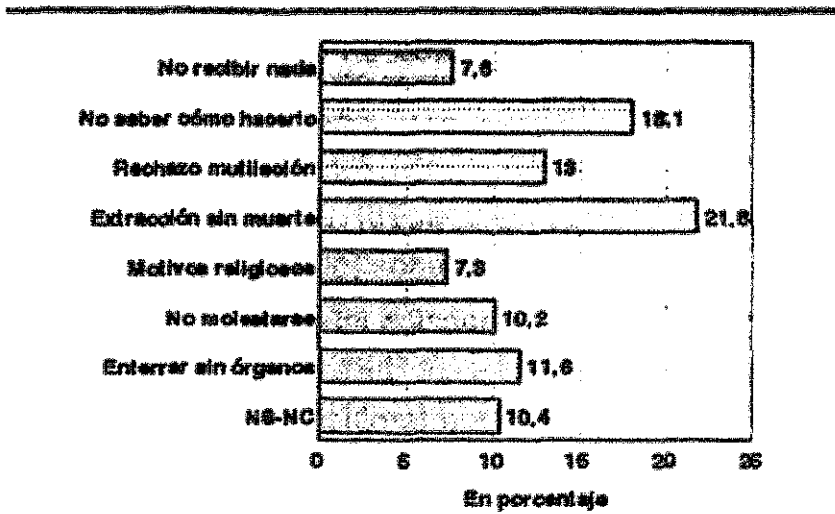


Figura n° 1.20: Razones atribuidas a la "gente" para NO hacerse donante de órganos, citadas en primer o segundo lugar por los encuestados.

Razones personales para hacerse donante de órganos.

Al igual que las dos anteriores preguntas, el entrevistado debía seleccionar entre las alternativas de respuesta, los dos motivos principales para hacerse donante de órganos; además, debería indicar en qué orden de importancia los situaría.

La tabla n° 1.17 muestra la distribución de frecuencias y porcentajes a la cuestión de cuál es la razón personal más importante para hacerse donante de órganos.

Razón personal más importante para hacerse donante de órganos	Frecuencia	Porcentaje
<i>Por solidaridad.</i>	597	46,4
Por cultura.	11	0,9
Por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte.	34	2,6
Para evitar la destrucción inútil de los órganos.	96	7,5
<i>Por pensar que usted también podría necesitar de los otros.</i>	372	28,9
Por creer que es un deber moral .	96	7,5
No sabe	36	2,8
No contesta	46	3,6
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.17.: Distribución de las razones personales más importantes para hacerse donante de órganos.

Según estos resultados, las razones personales coinciden con las razones percibidas en otras personas para hacerse donante. Las alternativas que reflejan las razones de "solidaridad" y de "reciprocidad" representan entre las dos el 75,3% de todas las respuestas.

La tabla nº 1.18. muestra cómo se distribuyen las razones personales de los sujetos para hacerse donante de órganos, elegidas en segundo lugar según su importancia.

Segunda razón personal para hacerse donante de órganos	Frecuencia	Porcentaje
<i>Por solidaridad.</i>	238	18,5
Por cultura.	23	1,8
Por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte.	53	4,1
Para evitar la destrucción inútil de los órganos.	235	18,2
<i>Por pensar que usted también podría necesitar de los otros.</i>	396	30,7
Por creer que es un deber moral.	192	14,9
No sabe	57	4,4
No contesta	94	7,3
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.18.: Distribución de las razones personales, citadas en segundo lugar, para hacerse donante de órganos.

Las dos razones más citadas vuelven a ser, aunque invirtiendo el orden, "por pensar que usted también podría necesitar de los otros" y "por solidaridad".

Estas preferencias se pueden apreciar mejor en la tabla nº 1.19. en la se muestra como se distribuyen las razones personales para hacerse donante, sin tener en cuenta el orden de importancia establecido por encuestados.

Razones personales para hacerse donante de órganos	Frecuencia	Porcentaje
<i>Por solidaridad.</i>	835	32,4
Por cultura.	34	1,3
Por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte.	87	3,4
Para evitar la destrucción inútil de los órganos.	331	12,9
<i>Por pensar que usted también podría necesitar de los otros.</i>	768	29,8
Por creer que es un deber moral.	288	11,2
No sabe	93	3,6
No contesta	140	5,4
TOTAL	2576	100

Tabla nº 1.19.: Distribución de las razones personales, citadas en primer o segundo lugar, para hacerse donante de órganos.

La figura nº 1.21. muestra estos resultados de forma gráfica:

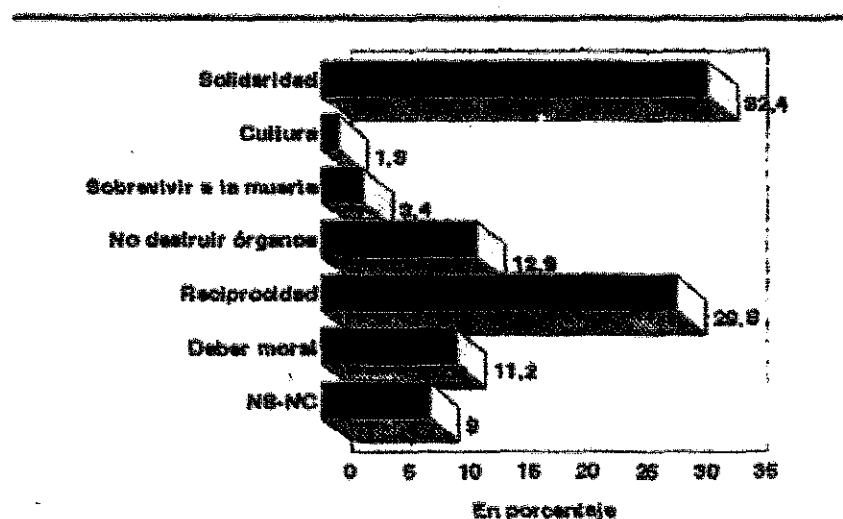


Figura nº 1.21.: Distribución porcentual de razones personales, citadas en primer o segundo lugar, para hacerse donante de órganos.

Razones personales para no donar órganos.

La razón personal más importante para no hacerse donante de órganos es, como muestra la tabla nº 1.18., "por no saber cómo hacerlo", seguida por "por miedo a una muerte solo aparente". Estas dos razones, en orden inverso, son las mismas que fueron seleccionadas con preferencia para explicar porqué otras personas no se hacen donantes de órganos.

Razón personal más importante para NO hacerse donante de órganos	Frecuencia	Porcentaje
<i>Por no saber cómo hacerlo.</i>	442	34,3
Por creer que hay que dejar a los muertos en paz.	72	5,6
Por motivos religiosos.	38	3,0
Por desagrado ante la idea de mutilación del cadáver.	140	10,9
<i>Por miedo a la posibilidad de una muerte solo aparente.</i>	308	23,9
No sabe	148	11,5
No contesta	140	10,9
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.18: Distribución de las razones personales, elegidas en primer lugar, para NO hacerse donante de órganos.

Otro resultado destacable es el considerable porcentaje de personas que responde "no sabe" o "no contesta", muy superior al encontrado en la pregunta sobre razones atribuidas a otros para no hacerse donante; esta circunstancia puede deberse a la buena disposición hacia la donación personal

de órganos, como inmediatamente veremos, lo que favorece que los encuestados den menos razones para no donar que para hacerlo.

Esta tendencia aumenta considerablemente cuando se analizan la distribución de respuestas de la variable "segunda razón personal para no hacerse donante"; en este caso, el 45,2% de los sujetos eligen la categoría "no sabe" o "no contesta" (tabla nº 1.19.).

Segunda razón personal para NO hacerse donante de órganos	Frecuencia	Porcentaje
Por no saber cómo hacerlo.	154	12,0
Por creer que hay que dejar a los muertos en paz.	57	4,4
Por motivos religiosos.	57	4,4
Por desagrado ante la idea de mutilación del cadáver.	159	12,3
Por miedo a la posibilidad de una muerte solo aparente.	280	21,7
No sabe	285	22,1
No contesta	298	23,1
TOTAL	1288	100

Tabla nº 1.19.: Distribución de las razones personales, elegidas en segundo lugar, para NO hacerse donante de órganos.

Por fin, la figura nº 1.22., presenta el resultado de contabilizar juntas las respuestas a las dos preguntas sobre razones personales para no hacerse donante de órganos, sin tener en cuenta el orden establecido.

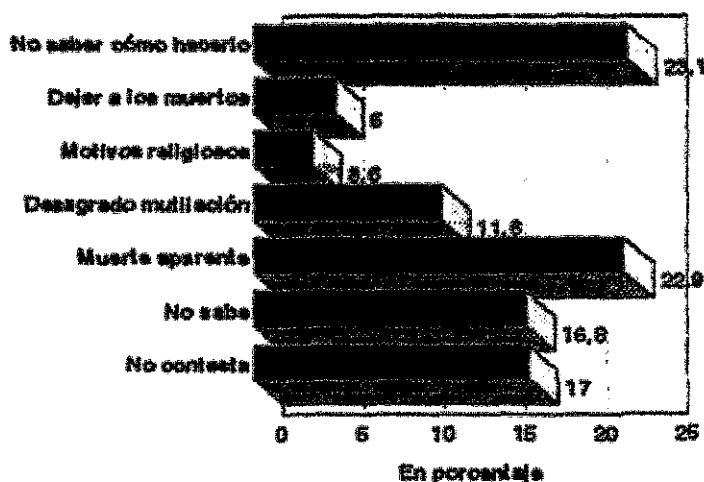


Figura n° 27: Razones personales, citadas en primer o segundo lugar, para NO hacerse donante de órganos.

Como puede verse, existe un importante número de personas que "no sabe" o "no contestan". Las razones personales para no donar más frecuentemente citadas, en primer o segundo lugar, son "por no saber cómo hacerlo" y "por miedo a una muerte sólo aparente", con escasa diferencia entre la una y la otra. Estos motivos para no donar órganos coinciden, aunque en orden inverso, a los declarados como razones percibidas en la "gente" para no hacerse donante de órganos.

Preferencias en la donación de órganos.

En esta pregunta se han tenido en cuenta dos variables: el número de órganos que donaría el entrevistado y sus preferencias en la donación. En relación a la primera cuestión, más de las dos terceras partes de la muestra,

donarían "todos" los órganos (marcan todas las opciones de respuesta, excepto las de "no sabe" y "no contesta"); en el extremo opuesto, el 13,1% donaría un sólo órgano; porcentajes inferiores de sujetos donarían "dos", "tres" y "cuatro" órganos (figura nº 1.23.)

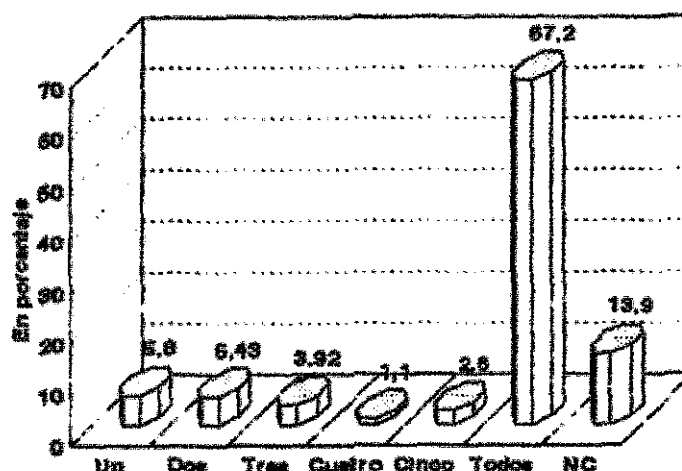


Figura nº 1.23.: Número de órganos que donaría en el caso de ser donante.

En cuanto al tipo de órganos que donaría, no aparecenc diferencias (tabla nº 1.20):

Órganos que donaría	Frecuencia	Porcentaje de respuestas positivas
Ojos	971	75,4
Pulmones	923	71,7
Corazón	1020	79,2
Hígado	948	73,6
Riñones	1014	78,7
Páncreas	908	70,5

Tabla nº 1.20.: Porcentaje de sujetos que donarían diferentes órganos.

Condiciones para la concesión del permiso extracción de órganos, por parte de la familia del potencial donante.

La concesión del permiso de donación por parte de los familiares de un potencial donante representa el hecho fundamental en el proceso de donación y trasplante de órganos. El cuestionario contiene una serie de preguntas que tratan de averiguar las condiciones que deben darse para que esta petición sea aceptada.

La muestra encuestada tiene una opinión dividida, a partes iguales, en relación a cuándo debe pedirse permiso a la familia (figura nº 1.24.) el 45,3% opina que "siempre" y el 44,1% considera que "sólo cuando no se conozca la opinión del difunto"; la alternativa de no consultar a la familia concita un apoyo muy pequeño.

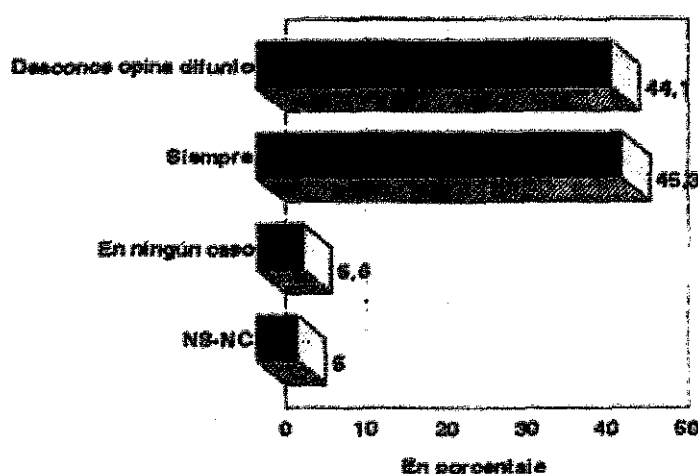


Figura nº 1.24. Porcentajes de personas que consideran que se debe pedir permiso a la familia "sólo cuando no se conozca la opinión del difunto" "siempre" y "nunca".

Este último resultado queda refrendado por el mayoritario rechazo al establecimiento de una legislación que "permitiera al estado disponer siempre de los órganos de los difuntos, sin contar con ningún permiso previo"; el 59,8% consideraría esta posibilidad como un "abuso de autoridad" (figura nº 1.25.)

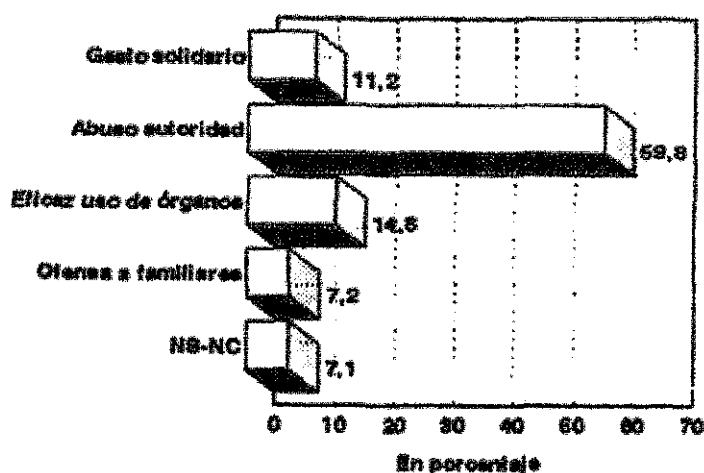


Figura nº 1.26.: Distribución porcentual de opiniones sobre el establecimiento de una ley que permitiera la extracción de órganos sin permiso familiar.

Otra de las preguntas de este apartado hace referencia a si consideran adecuado que la familia de un donante se opusiese tras su muerte a la concesión del permiso para la extracción de órganos. Esta eventual oposición familiar a la cesión de órganos de una persona que fuese donante es una alternativa que rechazan casi unánimemente los encuestados (figura nº 1.26.).

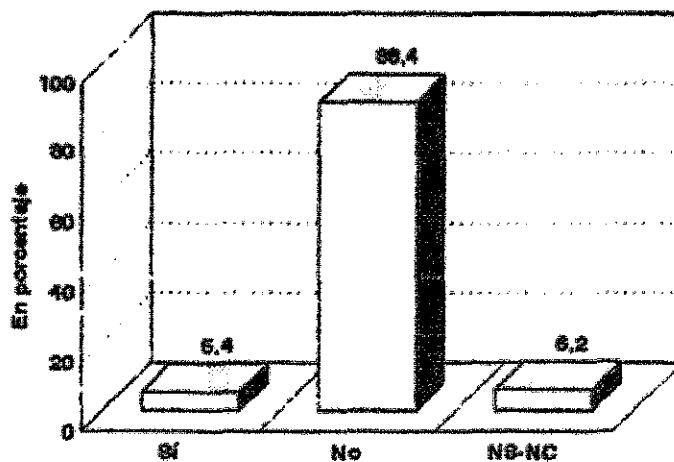


Figura n° 1.26.: Distribución porcentual de respuestas a la pregunta "¿Se parecería con gusto que siendo usted donante, llegado el caso, sus familiares se igualaran a la extracción de órganos?"

Este respeto claramente manifestado a la opinión del difunto parece determinar en buena parte que el 72,1% de los Informadores declaren que **NO se debería respetar la negativa familiar** en caso de que se conozca la opinión favorable del difunto para donar (figura n° 1.27.).

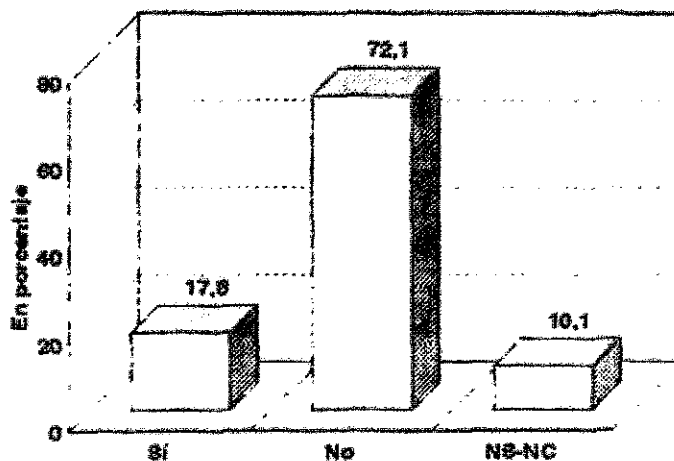


Figura n° 1.27.: Distribución porcentual de respuestas a la pregunta "¿debería respetarse la negativa familiar aunque se conozca la opinión favorable del difunto para donar?"

Los encuestados prefieren que las personas "encargadas de ponerse en contacto con los familiares para pedir el permiso de extracción de órganos" sea preferentemente "el médico que trató al enfermo"; a considerable distancia en las preferencias de los informadores se halla "un profesional de la Red de Coordinación de trasplantes" (figura nº 1.28).

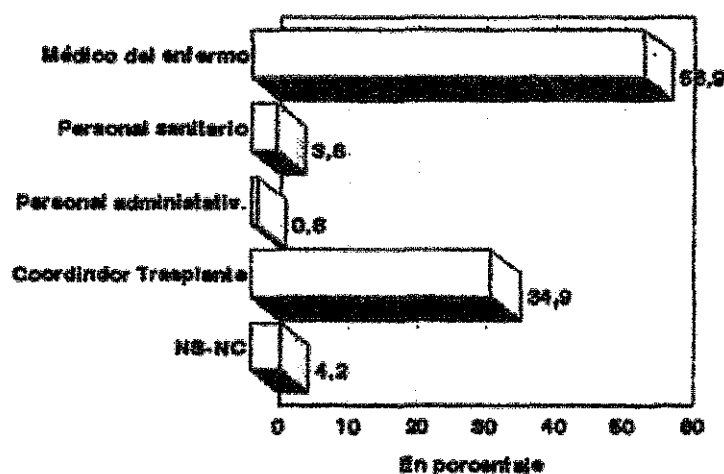


Figura nº 1.28.: Distribución porcentual de opiniones sobre quien debería ponerse en contacto con la familia para solicitar el permiso de extracción.

Situación actual respecto a la donación de órganos.

Esta pregunta trata de averiguar la disposición hacia la donación de los órganos propios. La alternativa de respuesta "soy donante" debe ser interpretada como la posesión de un carné o tarjeta de donante; las otras dos opciones se relacionan con la disposición favorable o desfavorable hacia la donación.

La alternativa más elegida por los sujetos encuestados es, como

aparece en la figura nº 1.29., "no soy donante, pero estaría dispuesto a serlo". Casi la sexta parte de los encuestados responde que "no soy donante, ni estaría dispuesto a serlo"; sólo el 6,1% de la población declara poseer un carné o tarjeta de donante. El 64,5% de los sujetos declaran una disposición favorable a la donación de los propios órganos, si sumamos los que dicen poseer el carné de donante de órganos y los que muestran una disposición favorable a donar los órganos.

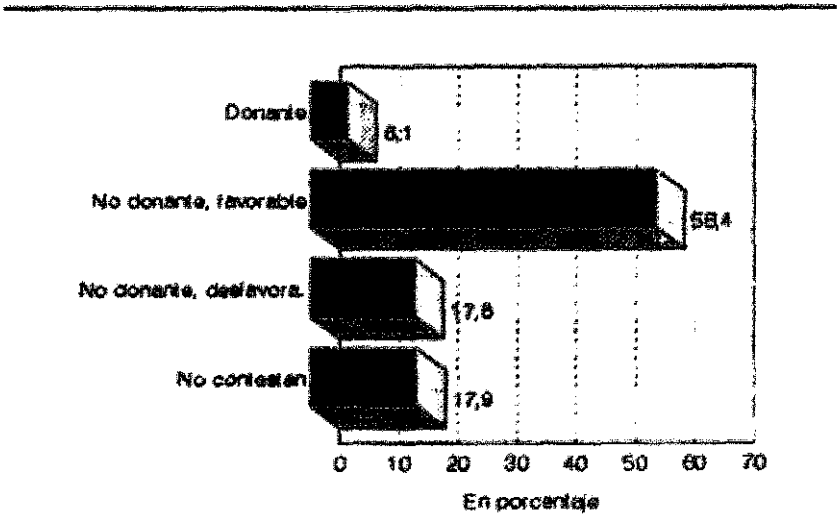


Figura nº Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta sobre disposición a la donación de los propios órganos.

En el caso de eliminar las alternativas "no sabe" y "no contesta" de nuestros cálculos para averiguar cómo se distribuyen las respuestas de los sujetos que tienen formada una opinión concreta sobre la donación de sus órganos, encontramos que el 71,1% de la muestra elige la alternativa "no soy

donante, pero estaría dispuesto a serlo"; el 7,5% es "donante"; y el 21,5% no es donante, "ni estaría dispuesto a serlo" (figura 1.30.).

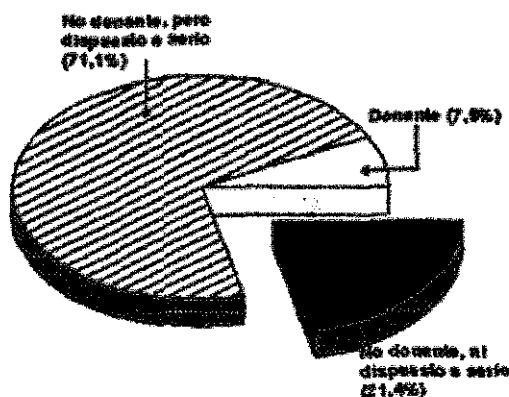


Figura n° 1.29: Distribución porcentual de los sujetos que respondieron a la pregunta sobre su intención actual acerca de la donación de órganos.

Donación de sangre.

Una parte muy reducida de los encuestados declaran ser donantes de sangre (figura n° 1.31.).

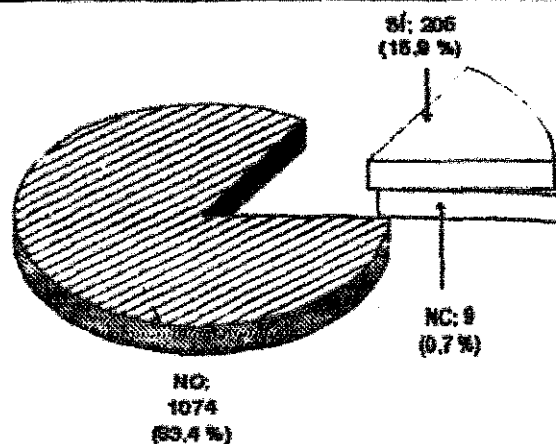


Figura n° 1.31.: Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta: ¿es usted donante de órganos?

Donación de órganos de familiares fallecidos.

El tipo de donación más frecuente en todo el mundo es, como hemos señalado anteriormente, la concesión del permiso de extracción de órganos de familiares fallecidos. Una parte del cuestionario se destinó a indagar la disposición de la población española a esta clase de donación, en tres condiciones diferentes; cuando se conoce que el donante "era favorable a donar sus órganos"; si se sabe que "no era favorable"; y bajo la condición de que "se desconociera su voluntad de donar o de no donar"; en todos los casos se solicita a los sujetos que responden afirmativamente que indiquen si donarían "un órgano" o "varios órganos" (donación multiorgánica).

La tabla nº 1.21. muestra la distribución porcentual de las respuestas de los sujetos encuestados a estas tres cuestiones y el porcentaje que, en cada caso, donaría "varios órganos".

¿Daría usted permiso para que pudiesen utilizar los órganos de un familiar fallecido ...	Porcentaje de respuestas positivas	Porcentaje de donaciones multiorgánicas (*)
.. sabiendo que él era favorable a donar sus órganos?	93,0	95,0
.. sabiendo que él no era favorable a donar sus órganos? (**)	15,0	95,2
.. del que se desconociera su voluntad de donar o de no donar?	51,6	95,2
(*) Esta pregunta sólo se hizo a los encuestados que respondieron afirmativamente en cualquiera de las tres condiciones. (**) Sólo se hizo esta pregunta a los encuestados que respondieron que "sí" donarían, sabiendo que el familiar fallecido era favorable a donar sus órganos (1236 sujetos; el 96% de la muestra).		

Tabla nº 1.21.: Disposición a donar los órganos de familiares fallecidos según el conocimiento que tengan de la opinión del difunto sobre este tema.

Como puede apreciarse, la principal hipótesis que es posible establecer a raíz de estos datos es que el conocimiento de la opinión del difunto influye en la disposición a conceder o denegar el permiso de donación. Por otra parte, en todos los casos, de forma casi unánime los encuestados que declaran estar dispuestos a donar los órganos del familiar fallecido, se inclina por donar "varios órganos".

1.4. ANÁLISIS EXPLORATORIO: TABLAS DE CONTINGENCIA Y "ANÁLISIS LOGLINEALES".

Esta fase del análisis de resultados estará centrada en el estudio de las variables asociadas a las cuatro variables dependientes que hemos seleccionado y que versan sobre la donación personal de órganos (una de ellas) y sobre la donación de familiares fallecidos (las tres restantes).

1.4.1. Disposición a la donación personal de órganos.

La disposición a la donación personal de órganos es una de las variables dependientes que hemos estudiado en la presente investigación. La importancia de valorar la disposición general a la donación personal de órganos reside en que indirectamente se puede deducir el clima social que existe en nuestro país sobre este tema. No obstante, como hemos subrayado en diversas ocasiones, la donación de órganos efectiva pasa obligadamente por el consentimiento de los familiares. Este hecho no desvirtúa que la opinión personal sobre donación de órganos (explícitamente dada a conocer) tenga una importante influencia en la aceptación o denegación del permiso familiar.

Los resultados generales en esta variable indicaron que la población española presenta una buena disposición a donar sus órganos. Si bien sólo el 6,1% de la muestra encuestada declaraba ser donante (estar en

posesión de un carné o tarjeta que lo acreditara como tal), el 58,4% manifestaba su disposición a serlo; por otra parte, el 17,6% "no era donante, ni estaba dispuesto a serlo"; por fin, el 17,9% de la muestra no contestó a esta pregunta. Si eliminamos esta última categoría de nuestro análisis con el objeto de averiguar cómo se distribuyen las opiniones de los sujetos que contestaron a esta pregunta, podemos ver (figura nº 1.1.) que una parte claramente mayoritaria de la muestra manifestó que "no es donante, pero estaría dispuesta a serlo".

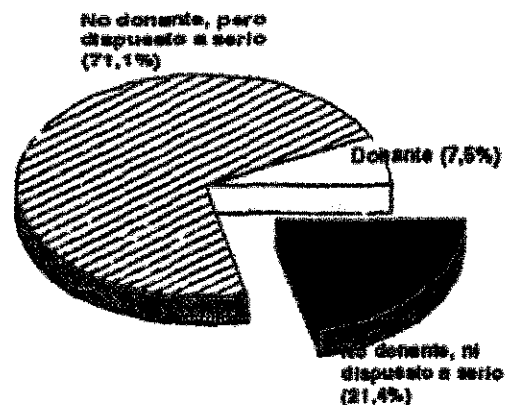


Figura nº 1.1: Distribución porcentual de los sujetos que respondieron a la pregunta sobre su situación actual acerca de la donación de órganos.

A continuación, vamos a analizar la relación entre la "disposición a la donación personal de órganos", considerada como variable dependiente y el resto de variables del estudio con las que mantiene una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Estas relaciones significativas serán objeto de análisis loglineales para averiguar cuáles son los valores de la variable independiente que

muestran una influencia significativa en los valores de la variable dependiente.

Variables demográficas o estructurales.

La "comunidad autónoma" de procedencia de los encuestados se relaciona significativamente ($p < 0,00001$) con la disposición a donar los propios órganos.

La tabla nº 1.1. muestra, para cada una de las comunidades autónomas del territorio peninsular, el porcentaje de personas que se declaran favorables a la donación (donantes y personas dispuestas a serlo), desfavorables e indecisos.

Disposición hacia la donación de órganos propios

Comunidad autónoma	Disposición favorable (donantes y con disposición a serlo).			Disposición Desfavorable	Indecisos (NS-NC)
	Donantes	Dispuestos a serlo	Porcentaje Total		
Andalucía	4,7	60,1	64,8	18,0	17,2
Aragón	6,8	65,9	72,7	20,5	6,8
Asturias	9,1	38,6	47,7	52,3	0,0
Cantabria	11,1	77,8	88,9	11,1	0,0
Castilla-La Mancha	0,0	67,2	67,2	12,1	20,7
Castilla-León	9,8	62,0	71,8	17,4	10,8
Cataluña	5,2	52,4	57,6	10,5	31,9
Comunidad de Valencia	3,0	58,5	61,5	17,8	20,7
Extremadura	9,8	36,6	46,4	24,4	29,2

**Disposición hacia la donación de órganos
propios**

Comunidad autónoma	Disposición favorable (donantes y con disposición a serlo).			Disposici ón Desfavor able	Indecisos (NS-NC)
	Donant es	Dispues tos a serlo	Porcenta je Total		
Galicia	1,0	56,4	57,5	28,7	13,8
Madrid	7,6	66,5	74,1	9,4	16,5
Murcia	26,5	47,1	73,6	20,6	5,8
Navarra	4,8	71,4	76,2	9,5	14,3
País Vasco	7,9	61,8	69,7	17,1	13,2
La Rioja	9,1	36,4	45,5	45,5	9,0
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE					
Prueba de "Chi-Cuadrado"			Significación estadística		
Pearson			0,00000		
Razón de Verosimilitud			0,00000		

Tabla nº 1.1.: Distribución porcentual en las distintas comunidades autónomas peninsulares de sujetos "donantes", "no donantes, pero dispuestos a serlo", "no donantes, ni dispuestos a serlo" e "indecisos".

El análisis loglineal que analiza la significación de la diferencia entre las frecuencias esperadas y las empíricas de cada casilla de la tabla de contingencia de ambas variables, permitió establecer las siguientes tendencias de respuesta, estadísticamente significativas:

- Hay un número significativamente mayor de "donantes" de lo esperado en la "comunidad murciana" ($p < 0,001$); y un menor número de personas que poseen un carné o tarjeta de donante en "Galicia" ($p < 0,05$).

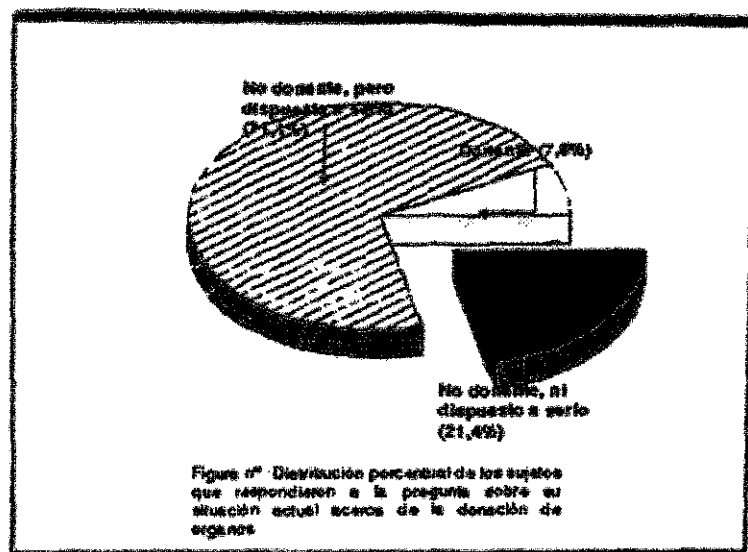
- En "Extremadura" se detecta una escasa disposición a hacerse donante de órganos ($p < 0,01$). El resto de comunidades no manifiestan importantes desviaciones de lo esperado en cuanto a la disposición a hacerse donantes.

- Los sujetos de "Asturias" y de "Galicia" muestran una importante tendencia a declarar que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo" ($p < 0,001$ y $p < 0,05$, respectivamente). Esta opción es elegida con una frecuencia estadísticamente menor de lo esperado por los informadores que viven en "Cataluña" y "Madrid".

- Las comunidades que tienen un grupo de indecisos significativamente importante son "Cataluña" ($p < 0,001$), "Comunidad Valenciana" ($p < 0,01$) y "Extremadura" ($p < 0,05$).

No obstante, estos resultados han de ser interpretados con alguna precaución, debido a que algunas de las casillas del cruce entre la variable dependiente y la variable "Comunidad Autónoma" no acumulan demasiadas observaciones.

El tamaño de la población de residencia de la muestra también se halla relacionado significativamente ($p < 0,001$) con la disposición a donar órganos (figura nº 1.2.).



El análisis loglineal llevado a cabo con estas dos variables permitió establecer que en las "poblaciones pequeñas" (menos de 10.000 habitantes), hay un número significativamente menor ($p < 0,05$) de "donantes" que el esperado, pero se encuentran en mayor proporción "no donantes, pero dispuestos a serlo" ($p < 0,01$). Por otra parte, los sujetos que residen en "poblaciones medianas" tienden a declarar más a menudo de lo esperado al

azar, que se consideran "no donantes, ni dispuestos a serlo" ($p<0,05$). En dos "metrópolis" (Madrid y Barcelona), esta disposición totalmente negativa a la donación personal de órganos suelen darse con una frecuencia significativamente menor ($p<0,01$). Finalmente, los "indecisos" se encuentran significativamente menos presentes en las "grandes ciudades" ($p< 0,01$)..

La "edad" de los encuestados también se encuentra relacionada con la variable dependiente; en concreto, con un nivel de significación muy importante ($p< 0,00001$). La tabla nº 1.2. muestra la distribución porcentual por intervalos de edad de la variable dependiente.

1) Frecuencia 2) Porc. fila 3) Porc. columna:	Intervalos de edad						
		18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Más de 65
Disposición a donar							
Donante	1)	19	26	10	16	5	3
	2)	24,1 %	32,9 %	12,7 %	20,3 %	6,3 %	3,8 %
	3)	7,4 %	10,7 %	4,9 %	7,8 %	2,6 %	1,6 %
No donante, pero dispuesto a serlo	1)	180	137	113	113	110	99
	2)	23,9 %	18,2 %	15,0 %	15,0 %	14,6 %	13,2 %
	3)	70,3 %	56,6 %	55,1 %	54,9 %	57,3 %	52,9 %
No donante, ni dispuesto a serlo	1)	25	34	31	44	45	48
	2)	11,0 %	15,0 %	13,7 %	19,4 %	19,8 %	21,1 %
	3)	9,8 %	14,0 %	15,1 %	21,4 %	23,4 %	25,7 %

Índice	1)	32	45	51	33	32	37
	2)	13,9 %	19,6 %	22,2 %	14,3 %	13,9 %	16,1 %
	3)	12,5 %	18,6 %	24,9 %	16,0 %	16,7 %	19,8 %
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE							
"Chi-Cuadrado"			Grados de libertad		Significación		
Pearson			9		0,00000		
Razón de Verosimilitud			9		0,00000		

Tabla nº 1.2.: Distribución de frecuencias y porcentajes de la disposición a donar órganos, en función de la variable "edad".

La figura nº 1.3. muestra más claramente que parece existir una tendencia a relacionar inversamente "edad" y "disposición personal a donar".

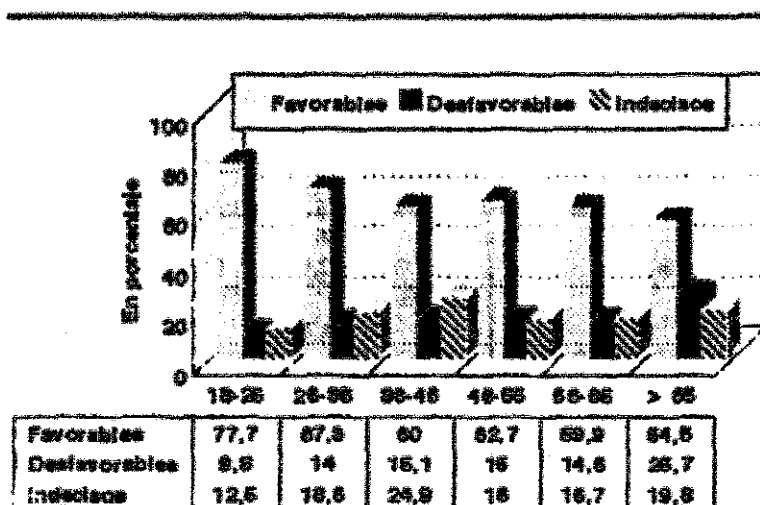


Figura nº 1.3.: Relación porcentual entre las variables "edad" y "disposición a la donación personal de órganos". El grupo de "Indecisos" incluye a los "donantes" y a los "no donantes, pero dispuestos a serlo".

Esta hipótesis se confirma a través del análisis loglineal realizado con las mencionadas variables.

Las personas con edades comprendidas entre los 18 y 25 años tienden a ser "donantes" ($p < 0,05$) o "no donantes, pero dispuestos a serlo"

($p < 0,01$) con mayor frecuencia de lo esperado; además, en este intervalo de edad se da una concentración significativamente menor de personas que "no son donantes, ni estarían dispuestas a serlo" ($p < 0,001$).

Los "donantes" también se concentran en el intervalo de "26 a 35 años"; en este mismo intervalo, se encuentran significativamente menos personas "no donantes, pero dispuestas a serlo" ($p < 0,01$) que lo esperado si las respuestas se distribuyesen al azar.

Los encuestados que tienen entre "56 y 65 años" y "más de 65 años", tienden a declarar que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo" ($p < 0,01$).

El intervalo de "36 a 45 años" presenta una concentración significativamente alta de "indecisos" ($p < 0,05$).

En cuanto a la variable "estado civil" los resultados obtenidos indican que esta variable se relaciona significativamente ($p < 0,00001$) con la variable dependiente.

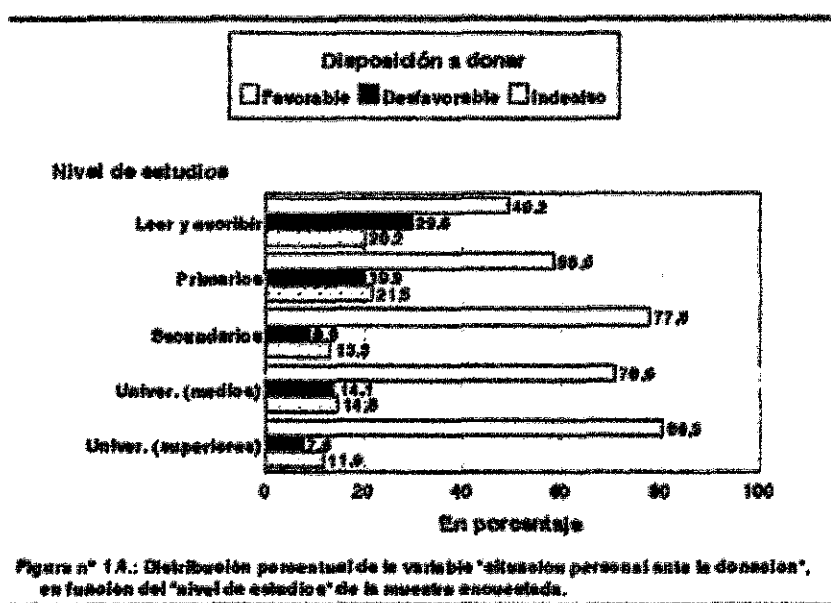
Como puede apreciarse en la tabla nº 1.3. en el grupo de "solteros", mezclando lógicamente los dos conceptos, el de ser "solteros" y el de ser "jóvenes", se encuentra el mayor porcentaje de "donantes" (9,1%) y de personas que no lo son, pero que estarían "dispuestas a serlo" (65,7%).

1) Frecuencia 2) Porc. fila 3) Porc. columna	Estado civil					
	Disposición a donar	Soltero	Casado	Viudo	Soltero o Divorciado	Frec. y porc. filas
Donante	1)	33	40	2	3	78
	2)	42,3 %	51,3 %	2,6 %	3,8 %	
	3)	9,1 %	5,0 %	2,2 %	12,0 %	6,1 %
NO donante, pero dispuesto a serlo	1)	237	456	43	15	751
	2)	31,6 %	60,7 %	5,7 %	2,0 %	
	3)	65,7 %	56,6 %	46,2 %	60,0 %	58,4 %
No donante, ni dispuesto a serlo	1)	42	151	30	4	227
	2)	18,5 %	66,5 %	13,2 %	1,8 %	
	3)	11,6 %	18,7 %	32,3 %	16,0 %	17,7 %
Indeciso	1)	49	159	18	3	229
	2)	21,4 %	69,4 %	7,9 %	1,3 %	
	3)	13,6 %	19,7 %	19,4 %	12,0 %	17,8 %
Frec. y porc. de columnas		361 28,1 %	806 62,7 %	93 7,2 %	25 1,9 %	1285 100 %
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE						
"Chi-Cuadrado"			Grados de libertad		Significación	
Pearson			9		0,0000	
Razón de Verosimilitud			9		0,0000	

Tabla n° 1.3.: Distribución de frecuencias y porcentajes de la disposición a donar órganos, en función de la variable "estado civil".

El correspondiente análisis loglineal permitió establecer que los "solteros" tienden significativamente a ser "donantes" ($p < 0,05$), mientras que eligen poco frecuentemente la opción "no soy donante, ni estaría dispuesto a serlo" ($p < 0,01$). Las personas "casadas" no concentran sus respuestas, de forma estadísticamente significativa, en ninguna alternativa de la variable dependiente, por lo que no presentan una caracterización peculiar en la variable dependiente. Por fin, los "viudos" tienden a declarar que son "no donantes, ni dispuestos a serlo" ($p < 0,01$), mientras que no suelen ser "donantes" ($p < 0,05$).

La figura nº 1.4. muestra la relación entre el "nivel de estudios" de los encuestados y la variable dependiente que resultó ser altamente significativa ($p < 0,00001$); en esta variable, se han agrupado las alternativas "donante" y "no donante, pero dispuestos a serlo" en la categoría "favorable a la donación" y se ha interpretado la opción de respuesta "no donante, ni dispuesto a serlo" como desfavorable a la donación.



El análisis loglineal realizado entre ambas variables permitió deducir la existencia de una tendencia favorable a la donación en las personas con niveles superiores de estudio; en concreto, los encuestados con estudios universitarios superiores muestran una disposición significativamente mayor a hacerse "donantes" ($p < 0,001$) y una importante tendencia ($p < 0,01$) a no elegir la opción "no soy donante, ni estaría dispuesto a serlo"; esta opción es elegida con una frecuencia estadísticamente relevante por las personas que sólo saben

"leer y escribir o menos" ($p < 0,001$) y por las que declaran haber alcanzado un nivel de estudios "primarios" ($p < 0,01$).

La "clase social" es otra variables asociadas significativamente ($p < 0,00001$) con la variable dependiente, como muestra la tabla nº 1.4.

1) Frecuencia 2) Porc. fila 3) Porc. columnas 4) Valor residual		Clase social				
Disposición a donar		Alta-Media Alta	Media	Media Baja	Baja	Frec. y porc. filas
Donante	1)	10	50	13	5	78
	2)	12,8 %	64,1 %	16,7 %	6,4 %	
	3)	24,4 %	6,4 %	3,8 %	5,9 %	
	4)	7,5	1,3	-8,5 %	-3,0	
No donante, pero dispuesto a serlo	1)	23	490	185	35	733
	2)	3,1 %	66,8 %	25,2 %	4,8 %	
	3)	56,1 %	62,4 %	53,5 %	41,2 %	
	4)	-9,0	32,2	-16,8	-14,6	
No Donante, si dispuesto a serlo	1)	4	120	83	19	226
	2)	1,8 %	53,1 %	36,7 %	8,4 %	
	3)	9,8 %	15,3 %	24,0 %	22,4 %	
	4)	-3,4	-21,1	20,8	3,7	
Indeciso	1)	4	120	83	19	226
	2)	1,8 %	53,1 %	36,7 %	8,4 %	
	3)	9,8 %	15,3 %	24,0 %	22,4 %	
	4)	-3,4	-21,1	20,8	3,7	
Frec. y porc. de columnas		41 3,3 %	785 62,5 %	346 27,5 %	85 6,8 %	1257 100 %
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE						
"Chi-Cuadrado"			Grados de libertad		Significación	
Pearson			9		0,00000	
Razón de Verosimilitud			9		0,00000	

Tabla nº 1.4.: Relación entre la variable dependiente y la variable "clase social".

Como muestra la figura nº 1.5., la oposición a la donación de los propios órganos disminuye en las clases "media" y "media alta", mientras que

se incrementa en la clases sociales más desfavorecidas.

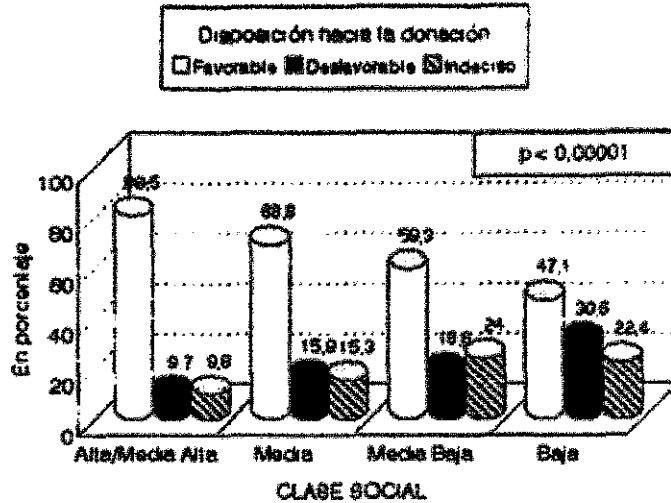
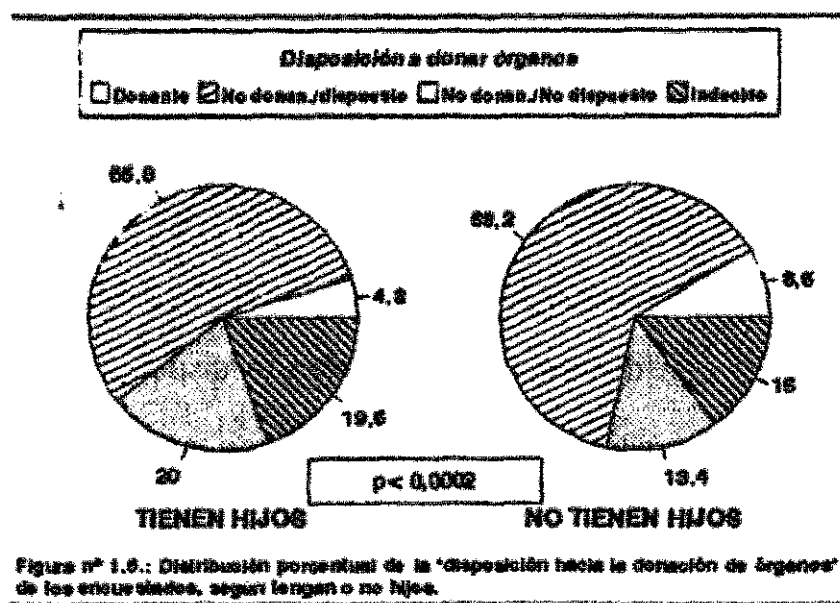


Figura nº 1.5. Distribución porcentual de la disposición a la donación, en función de la "clase social" a la que dicen pertenecer los sujetos encuestados.

Esta hipótesis se confirma mediante el análisis loglineal realizado para analizar las tablas de contingencia de estas dos variables. Un porcentaje significativamente más alto de lo esperado de sujetos pertenecientes a la clase social "alta" son "donantes" ($p < 0,001$). Las personas de clase "media" tienden a declarar que "no son donantes, pero están dispuestos a serlo" ($p < 0,001$). Los individuos que declaran que no estarían dispuestos a hacerse donantes de órganos se perciben, a si mismos, como de clase "baja" ($p < 0,01$). Los sujetos de clase social "media-baja" muestran una tendencia significativa a estar "indecisos" ($p < 0,01$) y a no ser "donantes" ($p < 0,001$).

La "ocupación actual" de los encuestados también se relaciona significativamente ($p < 0,00001$) con la disposición a la donación de órganos propios. En concreto, los "estudiantes" tiende a ser "donantes" ($p < 0,05$) y "no donantes, pero dispuestos a serlo" ($p < 0,001$). Contrariamente, los "jubilados" eligen con mayor frecuencia de lo esperado por azar la opción "no soy donante, pero estaría dispuestos a serlo" ($p < 0,01$); también un porcentaje significativo ($p < 0,05$) de personas que se dedican a "sus labores" manifiestan que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo".

El hecho de "tener hijos" parece relacionarse significativamente ($p < 0,0002$) con una menor disposición a la donación de órganos, como muestra la figura nº 1.6.



El análisis loglineal confirma que las personas que tienen hijos tienden a declarar menos frecuentemente ($p < 0,01$) que son "donantes" y más a

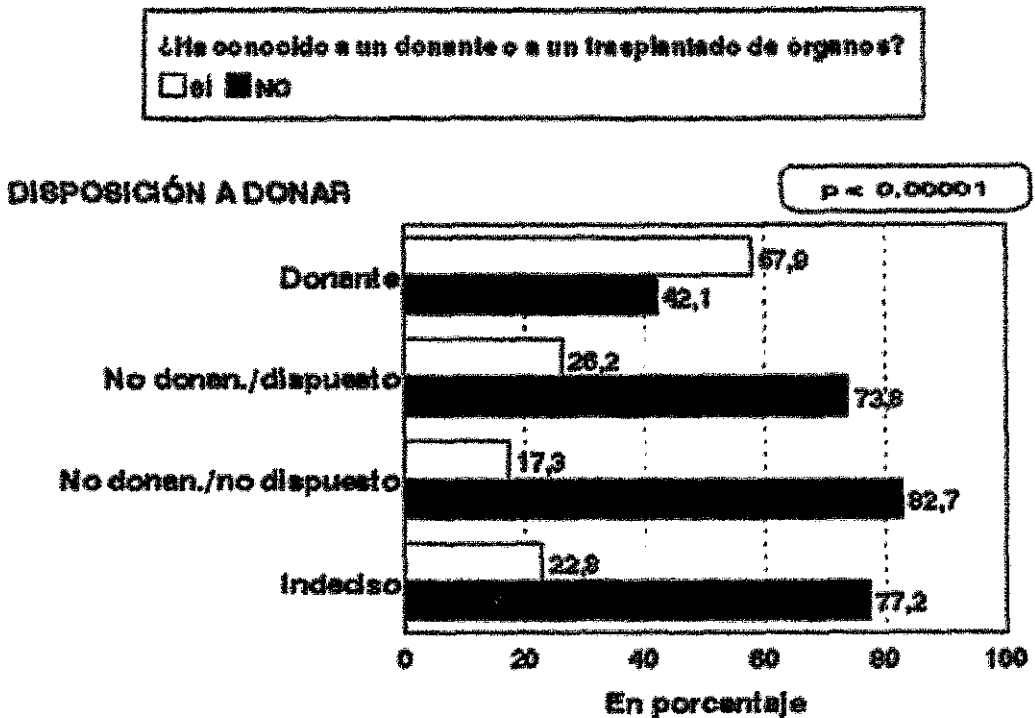


Figura nº 1.7.: Relación porcentual entre las variables "disposición a la donación personal" y "conocimiento de un donante o de una persona que haya necesitado o recibido un trasplante"

menudo que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo" ($p < 0,01$); además, este grupo se muestra significativamente más "indeciso" ($p < 0,05$). Por otra parte, un porcentaje significativamente más grande de lo esperado en una distribución al azar de personas que "no tienen hijos" son "donantes". No obstante, sujetos con hijos y sin hijos no se diferencian significativamente en la frecuencia con que eligen la alternativa "no soy donante, pero estaría dispuesto a serlo".

Información general sobre donación y trasplante de órganos.

La mayoría de las preguntas relacionadas con la información que los encuestados poseen sobre donación y trasplante de órganos han mostrado

una relación estadísticamente significativa con la "disposición a la donación personal de órganos".

El conocimiento por parte del entrevistado de donantes o de personas que hayan recibido o necesitado un trasplante se halla relacionado significativamente ($p < 0,00001$) con la disposición a donar órganos. Los datos que relaciona ambas variables aparecen gráficamente representados en la figura nº 1.7.

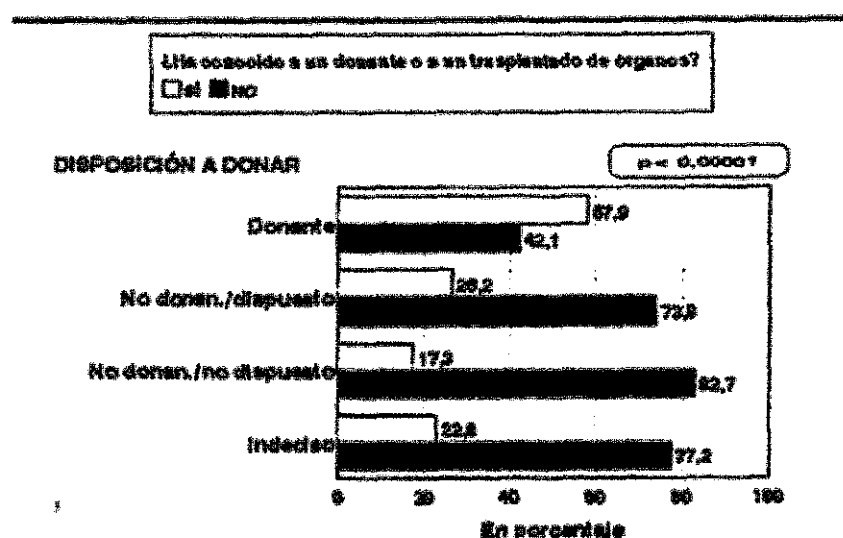


Figura nº 1.7. Relación porcentual entre las variables "disposición a la donación personal" y "conocimiento de un donante o de una persona que haya necesitado o recibido un trasplante".

No obstante, esta importante asociación queda reflejada, según el correspondiente análisis loglineal (tabla nº 1.5.), en el hecho de que las personas que conocen a donantes o trasplantados de órganos muestran una significativa tendencia a hacerse "donantes" ($p < 0,001$); mientras que un porcentaje significativo de los que no conocen a personas que hayan donando

o hayan necesitado o recibido un trasplante declaran que "no son donantes, ni estarían dispuesto a serlo" ($p < 0,001$) o se muestran "indecisos" ($p < 0,05$).

Disposición a la donación personal de órganos

Conocimiento de donante o trasplantado	Donante	No donante, pero dispuesto a serlo	No donante, ni dispuesto a serlo	Indecisos
SÍ	13,3 (***)	59,1	11,8 (***)	22,8 (*)
NO	3,4 (***)	58,2	19,8 (***)	18,6 (*)

Tabla nº 1.5.: Relación porcentual entre el conocimiento de un donante o trasplantado de órganos y la disposición a la donación personal de órganos. Entre paréntesis figura la significación estadística en las casillas que han mostrado importantes diferencias en el análisis loglineal. (***) $p < 0,001$; (**) $p < 0,01$; (*) $p < 0,05$

La valoración de la información que se posee sobre estos temas como "suficiente" o "insuficiente" también es diferente según la disposición que se mantenga hacia la donación personal de órganos (con un nivel de significación de $p < 0,05$). El análisis loglineal sirvió para mostrar como estas diferencias se concretan en que hay un porcentaje significativamente más alto de lo que podría esperarse en una distribución al azar ($p < 0,01$) de personas que consideran que la información que poseen sobre estos temas es "suficiente" y se declaran "donantes" (tabla nº 1.6.)

Disposición a la donación personal de órganos

Información que posee sobre estos temas	Donante	No donante, pero dispuesto a serlo	No donante, ni dispuesto a serlo	Indecisos
Suficiente	8,7 (**)	60,0	15,5	15,9
Insuficiente	4,9 (**)	58,9	18,1	18,1

Tabla n° 1.6.: Relación porcentual entre la valoración de la información que poseen los encuestados sobre estos temas y la disposición a la donación personal de órganos. Entre paréntesis figura la significación estadística de las casillas que han mostrado importantes diferencias en el análisis loglineal. (***) $p < 0,001$; (**) $p < 0,01$; (*) $p < 0,05$

La medios de comunicación por los que los encuestados reciben preferentemente información sobre donación y trasplante de órganos difieren según la variable dependiente, como muestra la figura 1.8.

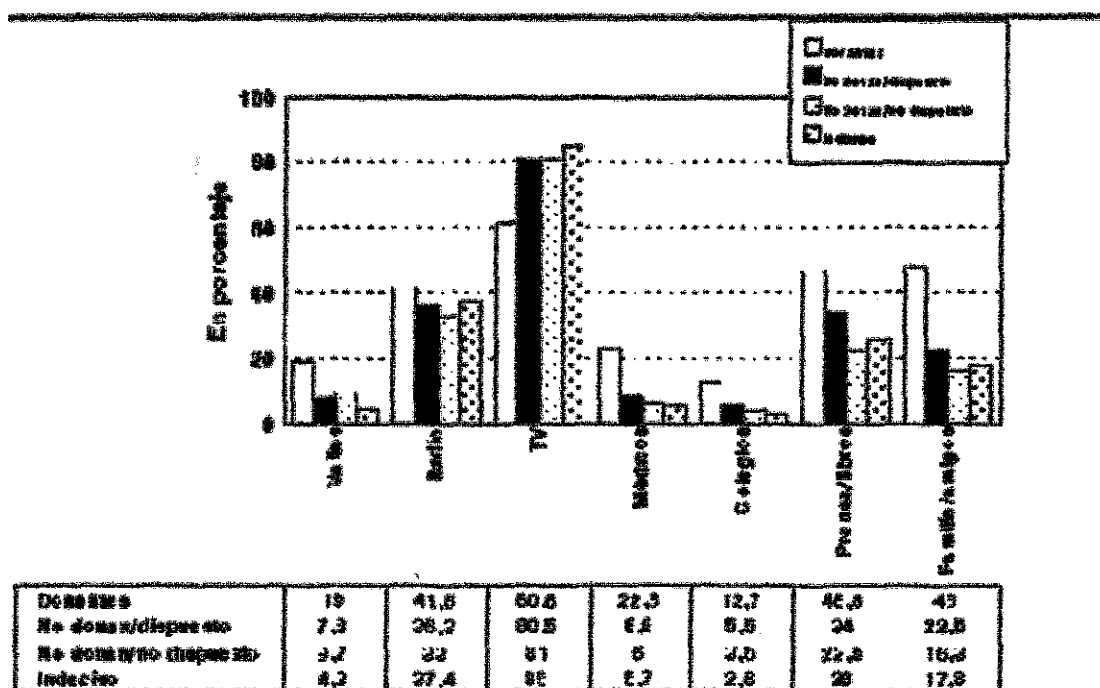


Figura n° 4: Porcentaje de sujetos "donantes", "no donantes" e "indecisos" que declararon haber recibido información sobre donación y trasplante de órganos, por diferentes medios de comunicación.

El análisis loglineal obtuvo los siguientes resultados al estudiar la significación de las tablas de contingencia entre la variable dependiente y las variables de "medios de comunicación":

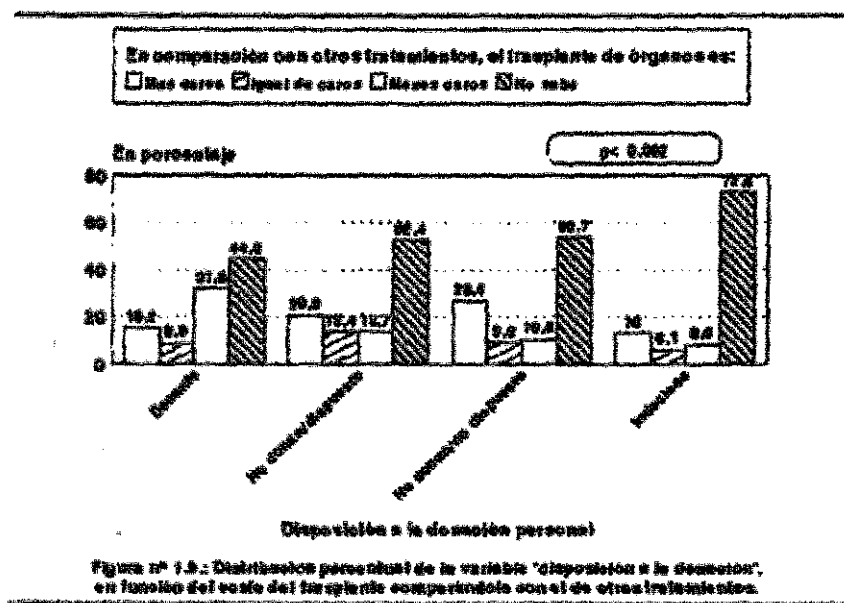
- El grupo de "donantes" recibió información sobre estos temas más frecuentemente de lo esperado, a través de "vallas y carteles" ($p < 0,001$), "profesionales de la medicina" ($p < 0,001$), "colegio u otros centros educativos" ($p < 0,001$), "prensa y libros" ($p < 0,001$) y "amigos o familiares" ($p < 0,001$).

- El grupo de "no donantes, pero dispuestos a serlo" no presenta ninguna fuente informativa que se destaque de forma significativa.

- El grupo de "no donantes, ni dispuestos a serlo" declaró no recibir información preferentemente a través de "prensa y libros" ($p < 0,001$) y de "amigos o familiares" ($p < 0,001$).

- Finalmente, el grupo de "indecisos" recibió información con mayor frecuencia de la esperada mediante "televisión" ($p < 0,01$). Los medios que no han sido elegidos de forma significativa por este grupo fueron "vallas y carteles" ($p < 0,01$), "colegios u otros centros educativos" ($p < 0,01$), "prensa y libros" ($p < 0,05$) y "familiares y amigos" ($p < 0,01$).

La estimación sobre el coste del trasplante se halla significativamente relacionado con la disposición hacia la donación de órganos ($p < 0,002$); su relación porcentual se encuentra representada en la fig. nº 1.9.



Mediante el análisis loglineal realizado se ha podido comprobar que los "donantes" tienden a considerar al trasplante como "menos caro" que otros tratamientos ($p < 0,001$); complementariamente, aquellos que opinan que son "más caros" declaran con más frecuencia de lo esperado al azar ($p < 0,01$) que

"no son donantes, ni están dispuestos a serlo". Los sujetos que opinan que estiman un coste "igual" del trasplante con respecto a otros tratamientos manifiestan preferentemente que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo" ($p < 0,01$). Por fin, los sujetos que eligen la opción "no sabe", se muestran generalmente "indecisos" en relación a la disposición a donar órganos ($p < 0,001$).

La disposición hacia la donación personal de órganos se halla significativamente relacionada con la percepción que tienen los sujetos de la **eficacia de los trasplantes**, en relación a otros tratamientos ($p < 0,00001$), tal y cómo muestra la figura nº 1.10. Como puede apreciarse parece existir una tendencia a que los sujetos que se muestran una disposición favorable a la donación de órganos consideren que el trasplante es "más eficaz que otros tratamientos" en mayor proporción que los sujetos que no están dispuestos a donar sus órganos y que los "indecisos".

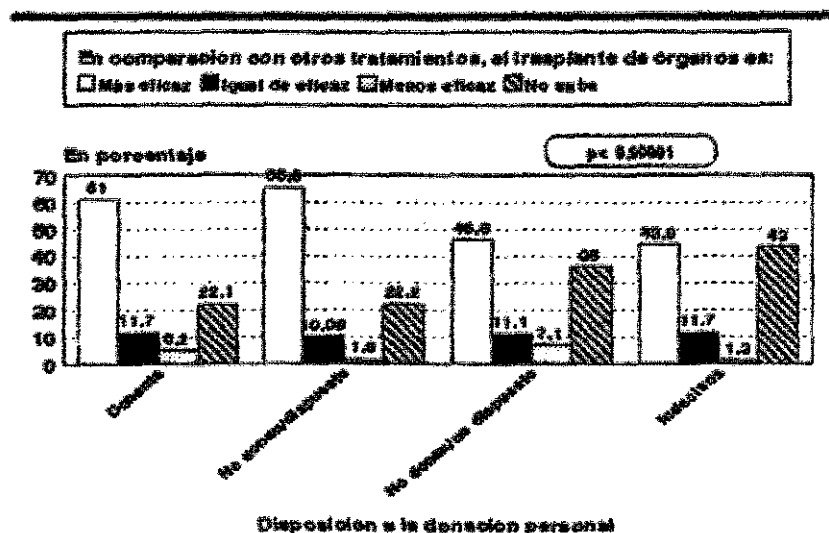


Figura nº 1.10.: Distribución porcentual de la variable "disposición a la donación", en función de la eficacia del trasplante en comparación con otros tratamientos.

El correspondiente análisis loglineal realizado para analizar la tabla de contingencia de estas dos variables mostró que el grupo de "no donantes, pero dispuestos a serlo" tienden a considerar el trasplante como "más eficaz que otros tratamientos" ($p < 0,001$); por otra parte, los sujetos que no eran donantes, "ni estarían dispuestos a serlo" declaraban frecuentemente que los trasplantes eran "menos eficaces" ($p < 0,05$); por último, el grupo de se muestra "indeciso" ante la donación de sus propios órganos tiende a elegir la alternativa "no sabe" en la cuestión sobre la eficacia relativa del trasplante ($p < 0,05$).

La consideración o no del trasplante como una "buena prestación sanitaria" se halla relacionada con la variable dependiente ($p < 0,0005$). La figura nº 1.11., muestra una tendencia más favorable hacia la donación de órganos en los sujetos que opinan que el trasplante es una buena prestación sanitaria.

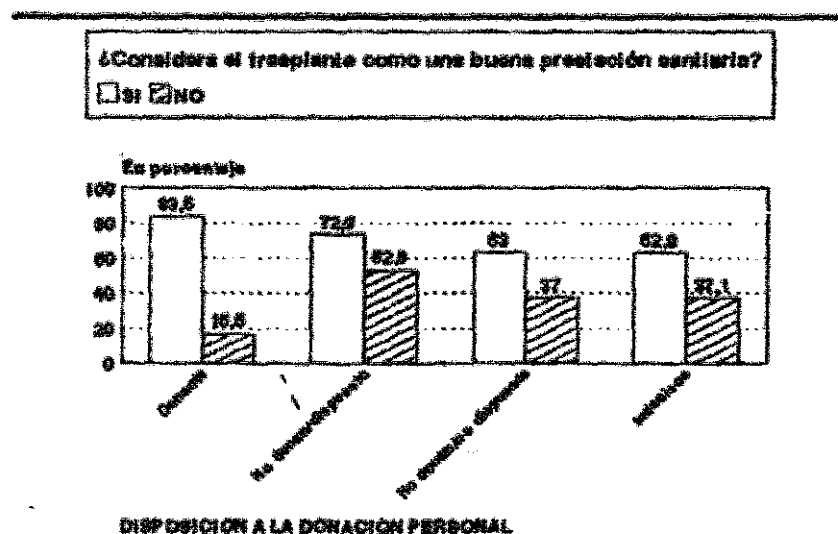


Figura nº 1.11.: Distribución porcentual de la variable "disposición a la donación", en función de la consideración del trasplante como una buena prestación sanitaria

El análisis loglineal confirma esta hipótesis: los "donantes" tienden a considerar que el trasplante es una buena prestación sanitaria ($p < 0,01$), mientras que los que no donarían en ningún caso no están de acuerdo con esta afirmación ($p < 0,01$) con mayor frecuencia de lo esperado al azar.

Los sujetos encuestados responden de forma significativamente diferente a la cuestión sobre qué resultado considera más importante del trasplante de órganos, según se declaren favorables o contrarios a la donación de sus órganos ($p < 0,005$). La figura nº 1.12. muestra que la "calidad de vida" es el resultado más importante para la mayoría de los "donantes", de los "no donantes, pero dispuestos a serlo" y para los "indecisos"; no obstante, para el grupo de sujetos que manifiesta que "no son donantes, ni estarían dispuesto a serlo" el resultado más importante del trasplante es "vivir más tiempo".

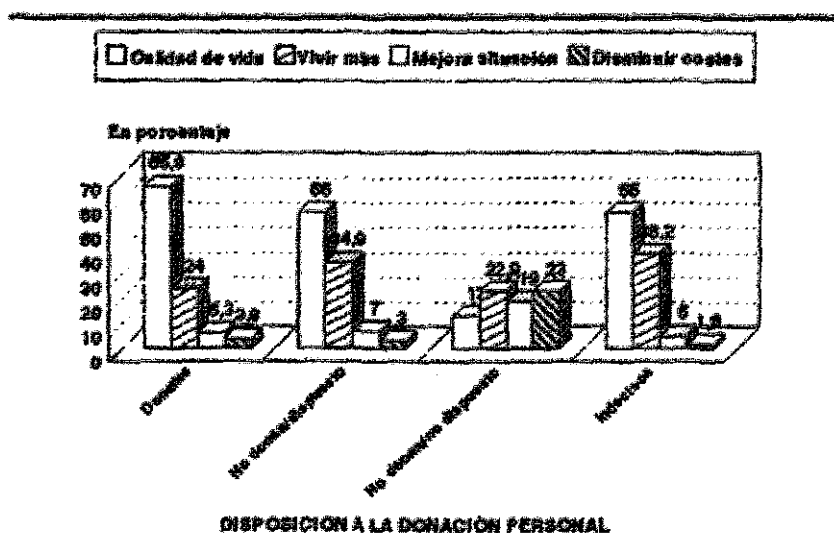


Figura nº 1.12.: Distribución porcentual de la variable "disposición a la donación", en función de qué resultado del trasplante es percibido como más importante

Condiciones para aceptar un trasplante de órganos.

Las consecuencias de un trasplante de órganos también son relevantes para discriminar entre los diferentes grupos de la variable dependiente.

El análisis de los datos muestra una relación significativa ($p < 0,00001$) entre la variable "aceptación del trasplante, aunque, como consecuencia, quedase necesitado de ayuda para asearse o alimentarse" y la variable dependiente; en concreto, como muestra la figura nº 1.13. las personas que muestran una disposición favorables a la donación ("donantes" y "no donantes, pero dispuestos a serlo") aceptarían mayoritariamente el trasplante bajo las mencionadas condiciones ($p < 0,05$ y $p < 0,001$, respectivamente). Casi la mitad de los sujetos que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo" no aceptarían en trasplante en tales condiciones ($p < 0,01$). Por fin, los "indecisos" tienden a seleccionar la opción "no sabe-no contesta" ($p < 0,001$) y son poco numerosos los miembros de este grupo que aceptarían un trasplante que conllevara tan baja calidad de vida para el receptor ($p < 0,01$).

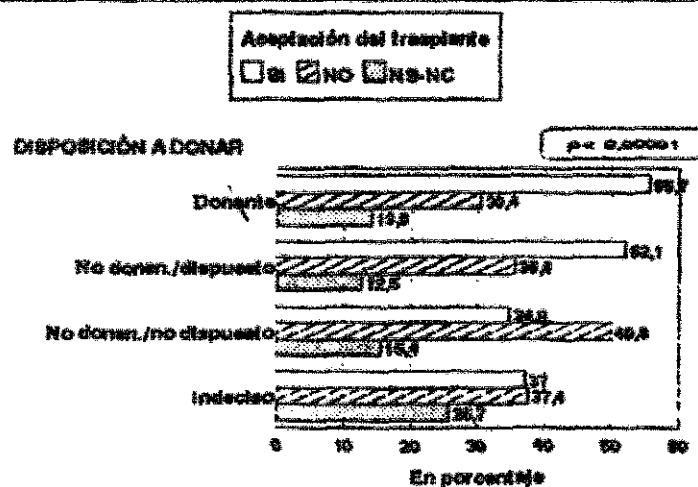


Figura nº 1.13: Aceptación de un trasplante que deje a su receptor necesidad de ayuda para asearse y alimentarse, en función de la disposición de los encuestados a la donación de órganos.

Si las condiciones de aceptación del trasplante de órganos supusieran quedar "laboralmente inútil, pero pudiendo valerse por sí mismo", todos los grupos de la variable dependiente aceptarían mayoritariamente el trasplante de órganos, aunque con diferencias todavía significativas entre ellos ($p < 0,002$), tal y como se muestran en la figura 1.14.

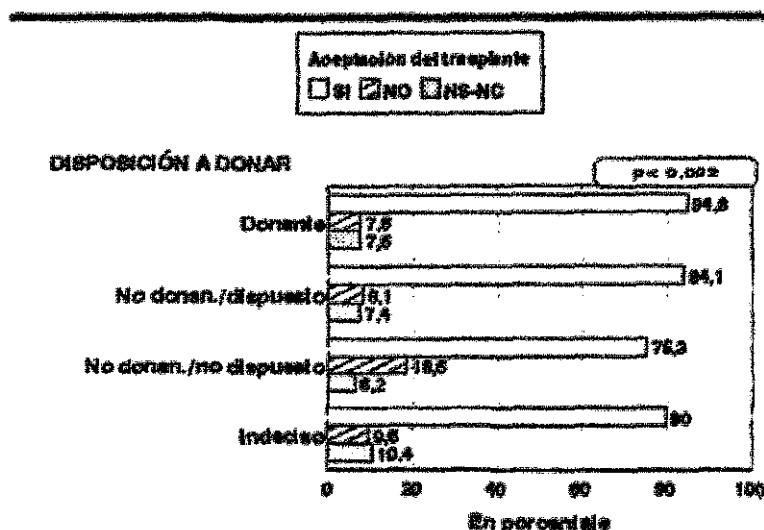


Figura nº 1.14.: Aceptación de un trasplante que dejase a su receptor laboralmente inútil, pudiéndose valer por sí mismo, en función de la "disposición a la donación personal de órganos".

Los resultados más importantes del análisis loglineal para estas dos variables indican que las personas decididamente opuestas a donar sus órganos "no" aceptarían un trasplante que acarrease las mencionadas consecuencias ($p < 0,001$).

Condiciones para distribuir los órganos para trasplante.

Las personas entrevistadas difieren en las condiciones que consideran adecuadas para adjudicar un órgano, según la disposición declarada hacia la donación personal de órganos ($p < 0,005$). A pesar de que

todos los grupos de la variable dependiente consideran que se deberían adjudicar "solo por razones de gravedad y urgencia", más de la quinta parte de los "no donantes, pero dispuestos a serlo" y de los "no donantes, ni dispuestos a serlo", considera que los órganos para trasplante deberían adjudicarse dando "preferencia a las personas que lleven más tiempo en la lista de espera" (figura nº 1.15.). Más concretamente, es posible afirmar que la adjudicación de órganos "solo por razones de gravedad y urgencia" es la opción que escogen con una frecuencia significativamente más alta de lo esperado los "no donantes, pero dispuestos a serlo" ($p < 0,05$); este grupo tiende a considerar importante conceder preferencia "a las personas que lleven más tiempo en las listas de espera" ($p < 0,05$), pero no consideran que se deba favorecer "a quienes figuran oficialmente como donantes"; esta última opción es significativamente elegida por el grupo de los "indecisos" ($p < 0,001$).

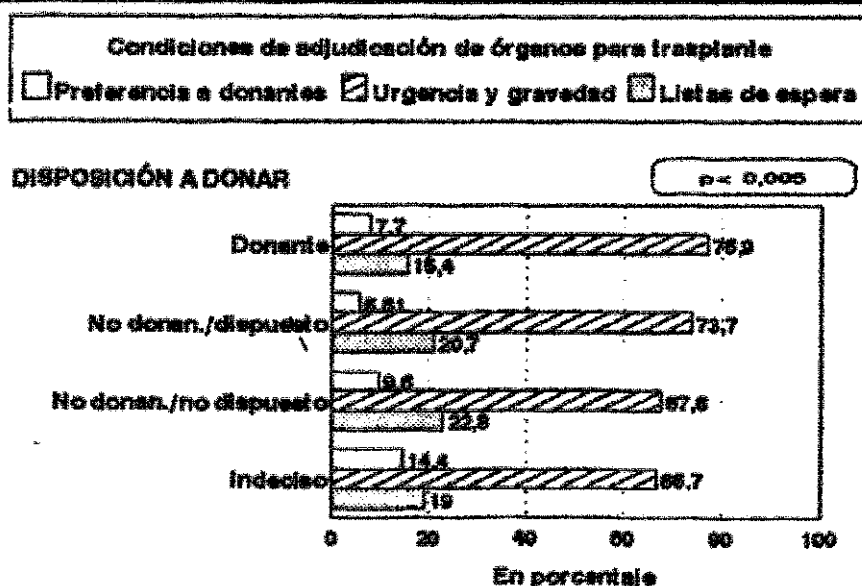


Figura nº 1.15.: Distribución porcentual de las condiciones para adjudicar órganos para trasplante, según la disposición de los encuestados a la donación de órganos.

Las condiciones que deben primar en opinión de los encuestados para distribuir adecuadamente los órganos para trasplante se relaciona significativamente con la variable dependiente ($p < 0,05$). Los "donantes" de órganos se muestran partidarios mayoritariamente de que los "órganos paseen a formar parte de un fondo común internacional". El criterio que debería aplicarse según las personas que no estarían dispuestas a ser donantes y de los "indecisos" es más restrictivo; casi la mitad de ellas consideran que los órganos obtenidos para trasplante en cada Comunidad deberían parar a "formar un fondo común para toda España" y más de la sexta parte (menos de la octava parte en el resto de grupos) desearían que "cada comunidad utilice preferentemente los órganos de sus donantes para sus enfermos". La figura nº 1.16. muestra la distribución porcentual del resultado de cruzar las dos variables.

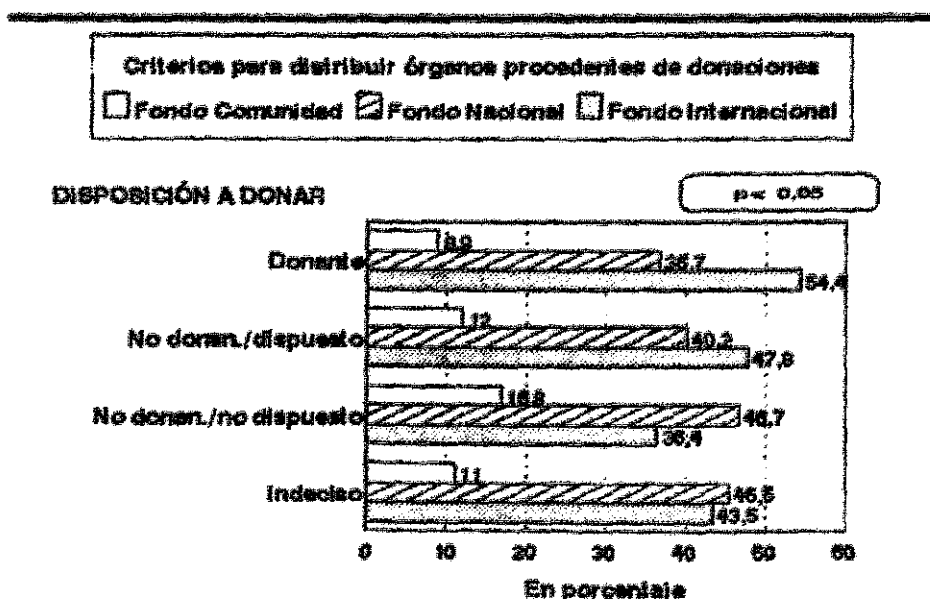


Figura nº 1.16.: Distribución porcentual de las condiciones para distribuir órganos para trasplante, según la disposición de los encuestados a la donación de órganos.

El resultado más importante del análisis loglineal que analizó la tabla de contingencia de estas dos variables fue la constatación de que la utilización de los órganos dentro de la propia Comunidad que los generó es una condición que seleccionan con mayor frecuencia de lo esperado las personas entrevistadas que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo" ($p < 0,05$).

Actitud hacia los donantes de órganos.

La actitud hacia los donantes de órganos, a pesar de que es mayoritariamente positiva, se halla muy significativamente relacionada con la disposición personal a la donación ($p < 0,00001$). La figura nº 1.17. muestra cómo la calificación "muy buena" es más frecuente en personas con una favorable disposición a la donación que en aquellas que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo".

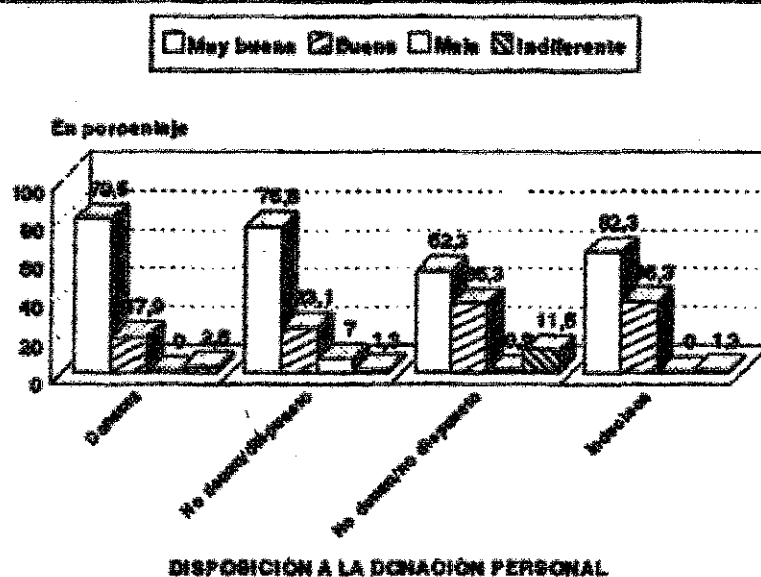


Figura nº 1.17: Actitudes hacia los donantes de órganos de las personas encuestadas, según su "disposición a la donación personal de órganos".

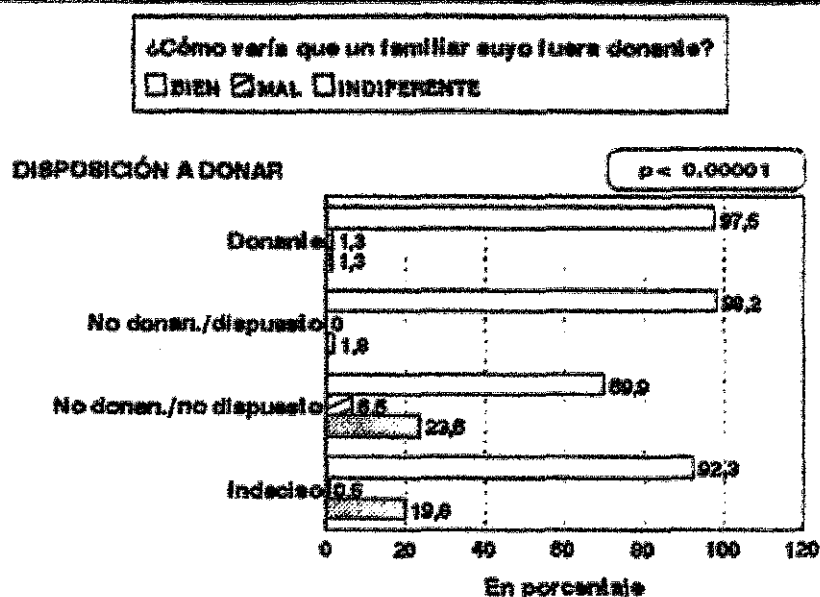


Figura n° 1.16.: Actitud hacia los familiares donantes, según la disposición a donar órganos

Estas diferencias de opinión, se deben principalmente, según los resultados del correspondiente análisis loglineal, a que la valoración de "muy buena" es mucho menos frecuente de lo esperado entre las personas que declaran su disposición a no donar ($p < 0,001$); este grupo también elige con mayor frecuencia de lo esperado la categoría "indiferente" ($p < 0,05$). Aquellos sujetos que se declaran dispuestos a donar, aunque no eran donantes en el momento de responder a la encuesta tienden a declarar que poseen una opinión "muy buena" de los donantes de órganos.

Esta actitud positiva hacia los donantes se manifiesta igualmente cuando el donante es un familiar. No obstante, las diferencias entre los grupos de la variable dependiente son muy significativas ($p < 0,00001$), en relación a cómo verían los encuestados que un familiar suyo fuera donante de órganos. Las personas entrevistadas que "son donantes" en la actualidad, las que

declaran "que no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo" y los "indecisos" tiende a ver "bien" que un familiar suyo fuera donante; este porcentaje descende considerablemente en el caso de que quien conteste no

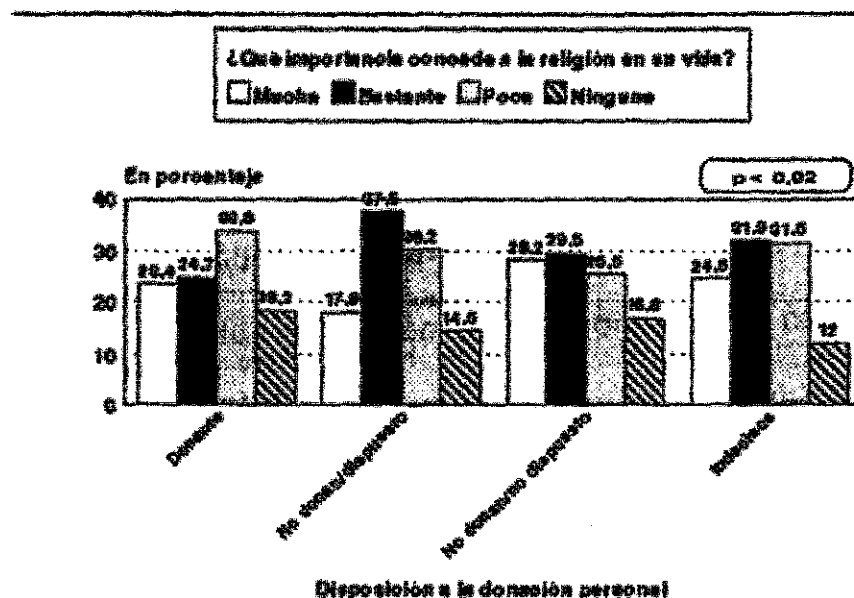


Figura n° 1.18.: Distribución porcentual de la variable "disposición a la donación", en función de la importancia que conceden los encuestados a la religión en sus vidas.

esté dispuesto a ser donante de órganos; además, casi la cuarta parte de los que así opinan valoran como "indiferente" la posibilidad de que un familiar suyo fuera donante de órganos (figura n° 1.18.).

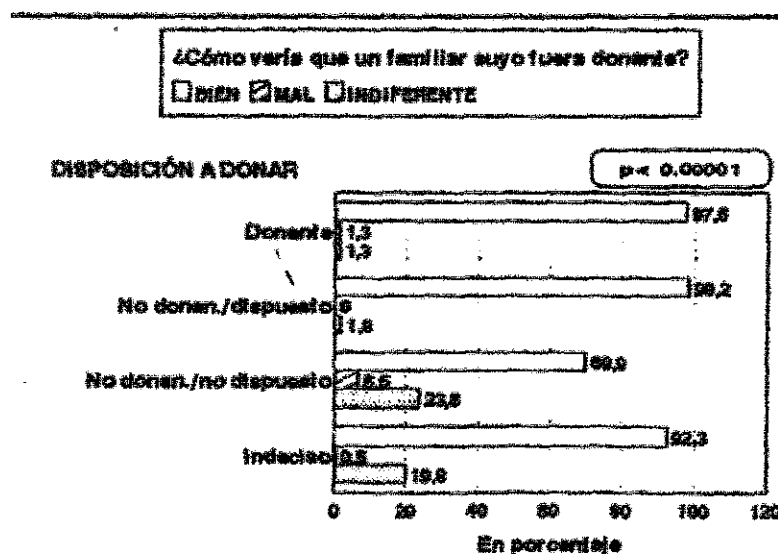


Figura n° 1.19.: Actitud hacia los familiares donantes, según la disposición a donar órganos

El análisis loglineal confirma un patrón de actitudes entre los encuestados similar al expresado cuando se les pedía su opinión sobre los donantes, en general; el grupo constituido por personas que declararon que "no son donantes, pero que estarían dispuestos a serlo" muestra una tendencia muy apreciable a ver "bien" que un familiar suyo fuera donante; por su parte, los sujetos "no donantes, ni dispuestos a serlo" señalan con una frecuencia proporcionalmente mayor a la del resto de grupos que verían "mal" que un familiar suyo fuera donante.

Importancia de la religión.

La importancia que los entrevistados conceden a la religión en su vida es diferente, según su disposición hacia la donación personal de órganos ($p < 0,02$). La figura nº 1.19 muestran que los sujetos que se declaran opuestos a la donación consideran que la religión tiene "mucho" importancia en sus vidas, más frecuentemente que el resto de grupos.

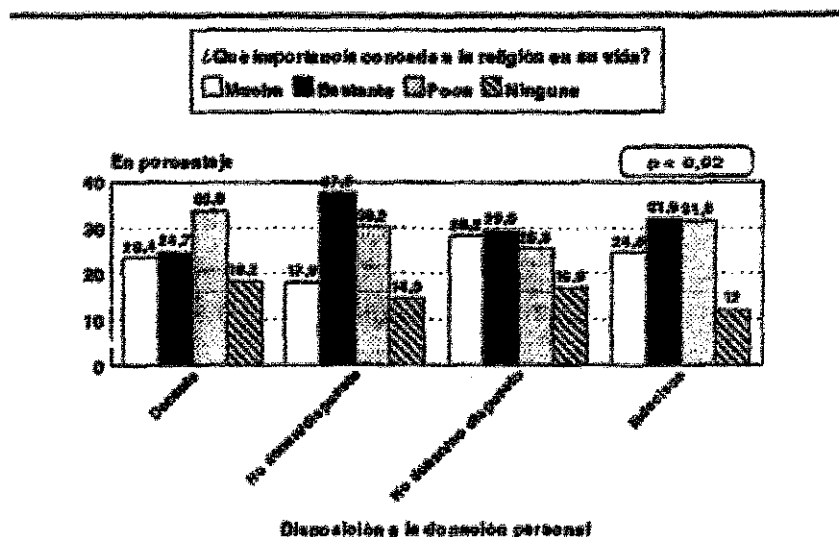


Figura nº 1.19.: Distribución porcentual de la variable "disposición a la donación", en función de la importancia que conceden los encuestados a la religión en sus vidas.

No obstante, el análisis loglineal establece que la relación más significativa entre los valores de una y otra variable consiste en que los encuestados que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo" tienden a considerar que la religión tiene "bastante" importancia en sus vidas; el resto de las casillas de la tabla de contingencia de ambas variables no se aparta significativamente de lo esperado.

Razones atribuidas a la "gente" para hacerse donante de órganos.

Las razones que los sujetos entrevistados consideran que la "gente" tiene para donar órganos no se diferencian significativamente según la disposición que manifiestan para donar sus órganos. La tabla nº 1.7. muestra la relación estadísticamente significativa ($p < 0,002$) entre la variable dependiente y la "razón más importante en la gente para donar órganos".

Disposición a donar		Razón más importante por la que la "gente" dona órganos				
		Obligación moral	Solidaridad	Sobrevivir a la propia muerte	No cuesta nada	Reciprocidad
Donante	1) Frecuencia	9	36	1	4	29
	2) Porc. fila	11,4 %	45,6 %	1,3 %	5,1 %	36,7 %
	3) Porc. columna	6,5 %	6,2 %	2,3 %	11,4 %	6,4 %
No donante, pero dispuesto a serlo	1) Frecuencia	88	359	18	17	258
	2) Porc. fila	11,9 %	48,5 %	2,4 %	2,3 %	34,9 %
	3) Porc. columna	63,3 %	61,6 %	41,9 %	48,6 %	57,2 %

No donante, ni dispuesto a serlo	1)	21	85	14	7	86
	2)	9,9 %	39,9 %	6,6 %	3,3 %	40,4 %
	3)	15,1 %	14,6 %	32,6 %	20,0 %	19,1 %
Indeciso	1)	21	103	10	7	78
	2)	9,6 %	47,0 %	4,6 %	3,2 %	35,5 %
	3)	15,1 %	17,7 %	23,3 %	20,0 %	17,3 %
ESTADÍSTICO DE CONTRASTE						
Prueba "Chi-cuadrado"		Grados de Libertad		Significación estadística		
Pearson		15		0,00104		
Razón de Verosimilitud		15		0,00121		

Tabla n° 1.7.: Relación entre la variable dependiente y variable "razón más importante de la gente para donar".

Como puede observarse, en todos los grupos perciben que la "gente" tiene preferentemente dos razones para hacerse donante de órganos: "por solidaridad" y "por hacer para los demás lo que se querría para sí, en tal situación". A pesar de esta distribución uniforme, la primera de estas razones es citada preferentemente por los encuestados que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo" ($p < 0,05$). Por otra parte, las personas que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo" indican con una frecuencia estadísticamente significativa que el principal motivo de la gente para hacerse donante es "por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte" ($p < 0,01$).

La variable "segunda razón de la gente para hacerse donante de órganos" no guarda una relación significativa con la variable dependiente.

Razones atribuidas a la "gente" para NO hacerse donante de órganos.

La posición personal ante la donación de órganos se encuentra relacionada con la atribución de diferentes razones de la "gente" para NO DONAR órganos ($p < 0,002$). En concreto, la razón más importante que perciben los encuestados es, "el miedo a que cojan los órganos antes de estar realmente muerto" (tabla nº 1.8.). El análisis loglineal muestra que el grupo de las personas que no son donantes en la actualidad, pero que "estarían dispuestos a serlo" tienden a conceder mayor importancia de la esperada si las respuestas se distribuyesen al azar a la "por no saber cómo hacerlo" ($p < 0,05$) y a "por no molestarse en hacer las gestiones necesarias" ($p < 0,01$).

Disposición a la donación de órganos	Razón más importante por la que la "gente" NO dona órganos						
	No recibir nada a cambio	No saber cómo hacerlo	Rechazo a la mutilación del cuerpo	Miedo a la extracción prematura	Motivos religiosos	No molestarme	Desagrado a enterrar el cadáver sin algún órgano
Donante	8,3	20,8	19,4	25,0	9,7	5,6	11,1
No donante, pero dispuesto	11,3	26,9	13,5	27,0	6,0	8,6	6,7
No donante, ni dispuesto	8,7	19,7	20,2	35,6	5,8	2,9	7,2
Indeciso	11,3	25,0	13,2	34,3	5,9	5,4	4,9

Tabla nº 1.8.: Distribución porcentual de la variable "razón más importante por la que la gente se hace donante de órganos", en función de la disposición a la donación de órganos de los encuestados

La segunda razón, según el orden de importancia que establecen los encuestados, para que la "gente" no se haga donante de órganos no mantiene una relación significativa con la variable dependiente.

Razones personales para hacerse donante de órganos.

Las autoatribuciones que realizan los sujetos encuestados sobre las razones para donar órganos difieren en función de su disposición a la donación de sus órganos ($p < 0,00001$). Como puede apreciarse en la tabla nº 1.9., la razón más importante para donar en todos los grupos es "por solidaridad"; en segundo lugar, se encuentra también en todos los grupos, "por pensar que usted también podría necesitar de los otros".

Razón personal más importante para donar órganos

Disposición a la donación de órganos	Solidaridad	Cultura	Sobrevivir a la muerte	Evitar la destrucción de los órganos	Reciprocidad	Deber moral	NS-NC
Donante	51,9	5,1	2,5	10,1	17,7	12,7	0,0
No donante, pero dispuesto	50,4	0,5	2,4	8,1	28,6	7,7	2,3
No donante, ni dispuesto	32,2	0,9	5,3	4,8	31,7	6,6	18,5
Indeciso	45,2	0,4	0,9	7,0	30,9	5,7	10,0
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE							
Prueba de "Chi-cuadrado"	Grados de libertad			Significación estadística			
Pearson	18			0,00000			
Razón de Verosimilitud	18			0,00000			

Tabla nº 1.9.: Distribución porcentual de la variable "razón personal más importante para donar órganos", en función de la disposición a la donación de órganos de los encuestados.

El análisis loglineal muestra que los "donantes" eligen con mayor frecuencia de lo esperado la razón "por cultura" ($p < 0,001$), opción ésta escasamente seleccionada por el resto de grupos; además, ninguna de las personas que se consideran donantes responde "no sabe" o "no contesta" ($p < 0,05$). El grupo de sujetos que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo" tienden a elegir con una frecuencia estadísticamente relevante la razón

"por solidaridad" ($p < 0.05$). El grupo que declara no estar dispuesto a donar sus órganos se caracteriza, en primer lugar, por elegir de forma altamente significativa las opciones "no sabe-no contesta" ($p < 0.001$); en segundo lugar, tiende a conceder una escasa importancia a las razones "por solidaridad" ($p < 0.001$) y "por evitar la destrucción inútil de los órganos" ($p < 0.05$).

Razones personales para NO hacerse donante de órganos.

También las razones personales para NO DONAR que eligen los sujetos encuestados se relacionan significativamente con su disposición hacia la donación de órganos. La frecuencia con que los distintos grupos de la variable dependiente eligen la "razón más importante para no donar" varía significativamente ($p < 0.00001$), como queda reflejado en la tabla nº 1.10.

Razón personal más importante para NO donar órganos

Disposición a la donación de órganos	No saber cómo hacerlo	Dejar en paz a los muertos	Motivos religiosos	Desagrado por la mutilación del cadáver	Miedo a una muerte solo aparente	NS-NC
Donante	29,1	2,3	2,5	6,3	16,5	44,3
No donante, pero dispuesto	40,8	3,2	2,3	9,3	23,8	20,6
No donante, ni dispuesto	21,1	15,4	6,2	16,7	23,8	16,8
Indeciso	27,8	5,2	2,2	11,7	27,0	26,1

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE

Prueba de "Chi-cuadrado"	Grados de libertad	Significación estadística
Pearson	15	0,00000
Razón de Verosimilitud	15	0,00000

Tabla nº 1.10: Distribución porcentual de la variable "razón personal más importante para NO donar órganos", en función de la disposición a la donación de órganos de los encuestados.

La respuesta más frecuente en el grupo de "donante" es "no sabe-no contesta", lo que resulta congruente con la decisión personal adoptada, favorable a la donación. A continuación, los sujetos manifiestan que la razón más importante para no donar es "por no saber cómo hacerlo"; dado que se trata de personas que poseían en el momento de contestar a esta pregunta un carné o una tarjeta de donante, no parece muy arriesgado deducir que con la elección de esta alternativa han querido dejar de manifiesto las dificultades que encontraron en su momento para hacer efectivo su deseo de donar; por fin, el "miedo a una muerte solo aparente" también es citado frecuentemente por estos sujetos como una razón para no donar.

El grupo de "no donantes, pero dispuestos a serlo" es un colectivo de gran importancia, en relación a las razones para no donar. En primer lugar es el grupo más amplio, representa el 58,4% de la muestra; en segundo lugar, muestran una disposición favorable a la donación, pero sin que haya cristalizado en una petición formal de suscribir una tarjeta o carné de donante de órganos. Por todo ello, sus razones para no donar deben ser entendidas como obstáculos, dudas o miedos que pueden llegar a impedir la realización de donaciones. Los integrantes de este grupo consideran que la principal razón para no donar es "por no saber cómo hacerlo"; otro motivo importante es "por miedo a una muerte solo aparente"; por último, algo más de la quinta parte de los miembros de este grupo "no saben" o "no contestan" a esta cuestión.

Los "indecisos" forman un nutrido grupo de personas cuyas respuestas a esta cuestión pueden ayudar a poner de manifiesto cuáles son los principales obstáculos para la decisión. Este grupo está formado por sujetos que no contestaron a la pregunta "en este tema de la donación de órganos, ¿En qué situación se encuentra usted?"; esta categoría de respuesta se reservó para los sujetos que declarasen no tener una postura definida sobre este tema o que no se lo hubiesen planteado con anterioridad a la entrevista. Las dos principales razones para no donar que eligen estas personas son "por no saber cómo hacerlo" y "por miedo a una muerte solo aparente"; no obstante, más de la quinta parte elige "no sabe" o "no contesta".

El grupo constituido por los sujetos que se declaran "no donantes, ni dispuestos a serlo" (un 17,6% del total de la muestra) declaran que su principal razón para no donar es "por miedo a una muerte solo aparente"; a este motivo le sigue a corta distancia porcentual "por no saber cómo hacerlo".

El correspondiente análisis loglineal realizado con estas dos variables pone de manifiesto, en primer lugar, que una parte significativa de los donantes no da razón alguna para no donar lo que resulta congruente con la posición personal comprometida en favor de la donación. En segundo lugar, la razón para no donar que los encuestados "no donantes, pero dispuestos a serlo" señalan con un alto nivel de significación ($p < 0,001$) respecto a una distribución al azar es "por no saber cómo hacerlo". En tercer lugar, en el grupo de "no donantes, ni dispuestos a serlo" tiende a indicar que su principal razón

para no donar es "por creer que hay que dejar a los muertos en paz" ($p < 0,001$); también destaca en este grupo que elige con una frecuencia menor de lo esperado la razón "por no saber cómo hacerlo"; además, una parte significativa de sus miembros no da ninguna razón para donar ($p < 0,001$).

Condiciones para la concesión del permiso extracción de órganos, por parte de la familia del potencial donante

Los resultados del análisis de datos muestran una fuerte relación ($p < 0,00001$) entre la variable dependiente y la variable "momento en el que se debería solicitar permiso a la familia para extraer los órganos del paciente fallecido". La alternativa más elegida por las personas que muestran una disposición favorable a la donación (donantes y sujetos que no lo son, pero que estarían dispuestos a serlo) es que debe solicitarse el permiso a la familia "sólo cuando no se conozca la opinión del difunto"; los dos grupos restantes, personas que no están dispuestos a ser donantes e "indecisos" opinan con mayor frecuencia que "siempre" debería solicitarse el permiso familiar. La figura nº 1.20 recoge la distribución de porcentajes del cruce de estas dos variables.

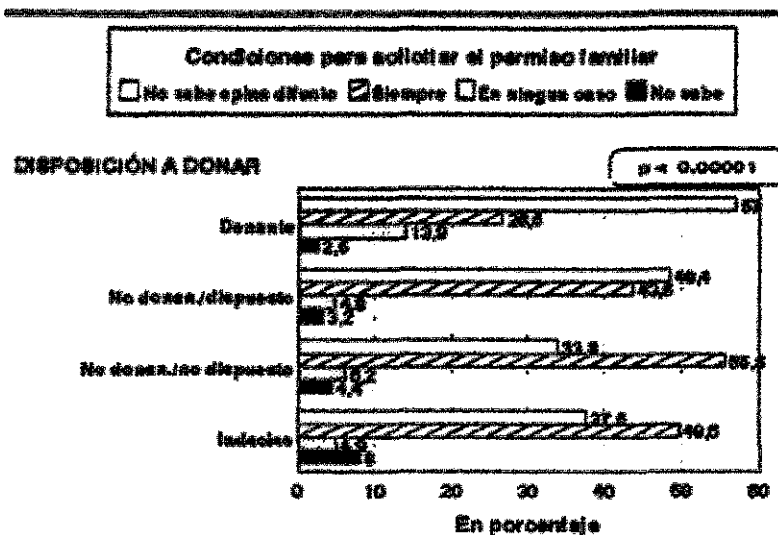


Figura nº : Distribución porcentual de opiniones sobre cuando solicitar el permiso a la familia del difunto para extraer sus órganos, en función de la variable dependiente.

El análisis loglineal establece que las categorías del cruce de estas dos variables que alcanzan significación estadísticas son:

- Los "donantes" tienden a opinar que "nunca" debería solicitarse permiso a la familia para proceder a la extracción de los órganos ($p < 0,01$); además, se muestran especialmente reacios a aceptar que "siempre" se solicite el permiso ($p < 0,001$).

- El grupo de "no donante, pero dispuesto a serlo" muestra una tendencia significativa a considerar que se debe solicitar el permiso familiar "sólo cuando no se conozca la opinión del difunto" ($p < 0,05$); sin embargo, para estas personas la familia debe jugar un papel más importante, ya que, desestiman la posibilidad de que "nunca" se consulte a la familia.

- La consulta "siempre" a la familia es una condición especialmente deseable para los "no donantes, ni dispuestos a serlo" ($p < 0,01$).

- Por fin, los sujetos que se muestran "indecisos" en el tema de la donación personal mantienen de forma significativa que debe consultarse "siempre" a la familia ($p < 0,05$).

La opinión de los sujetos sobre una hipotética negativa familiar como respuesta a la petición para extraer los órganos de un familiar de los encuestados, en el caso de que estos fueran donantes guarda una significativa

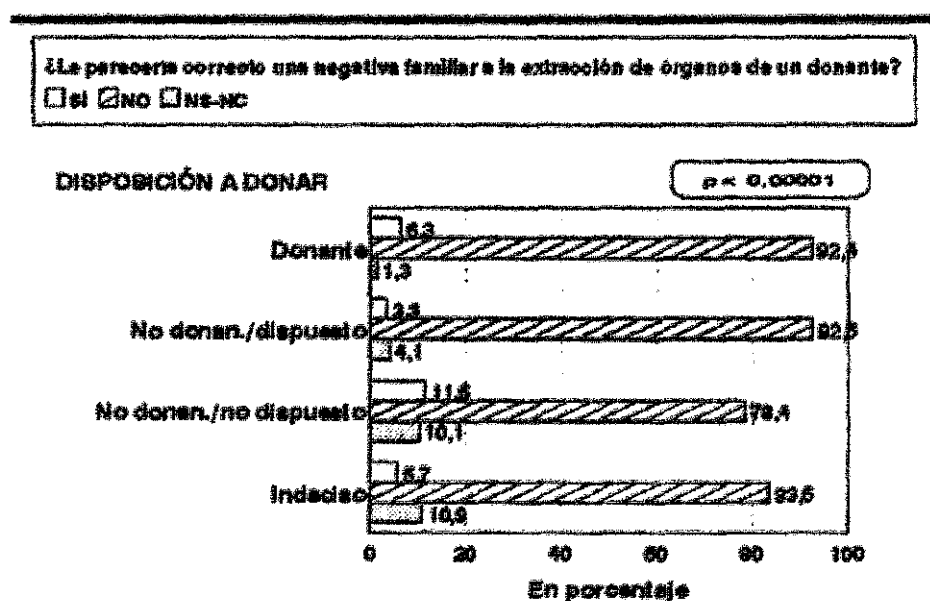


Figura nº 1.21.: Valoración de la negativa familiar a la extracción de órganos de un donante, según la disposición de los encuestados a la donación de órganos.

relación con la disposición a la donación personal de sus órganos ($p < 0,00001$).

En concreto, y tal como puede apreclarse en la figura nº 1.21, todos los grupos de la variable dependiente manifiestan mayoritariamente que no les parecería correcto que los familiares de un donante se opusieran a la extracción de órganos; no obstante, la aceptación de esta posibilidad es mayor en el grupo de informantes que indican que "no son donantes, ni estarían dispuestos a

serio"; por otra parte, este grupo congrega al mayor porcentaje de sujetos que "no saben" o "no contestan" a esta cuestión.

¿La persona correcta usa negativa familiar a la extracción de órganos de un donante?
☐ SI ☐ NO ☐ NS-NC

DISPOSICIÓN A DONAR

$p < 0,00001$

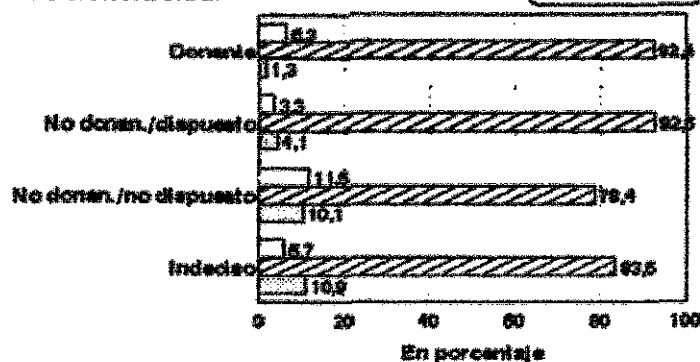


Figura n° 1.21.- Valoración de la negativa familiar a la extracción de órganos de un donante, según la disposición de los encuestados a la donación de órganos.

Las categorías que tienen significación estadística en el análisis loglineal son:

- Los encuestados que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo" tienden a decir que "no" considerarían correcta una negativa familiar a la extracción de órganos, si se conoce la condición de donante del fallecido ($p < 0,01$).
- El grupo de personas que se oponen a donar sus órganos no vería incorrecto que la familia se negase a ceder los órganos, en tales condiciones ($p < 0,001$).
- Por último, los sujetos que se muestran "indecisos" ante la posibilidad de donar sus órganos, seleccionan con mayor frecuencia de la esperada la opción "no sabe-no contesta".

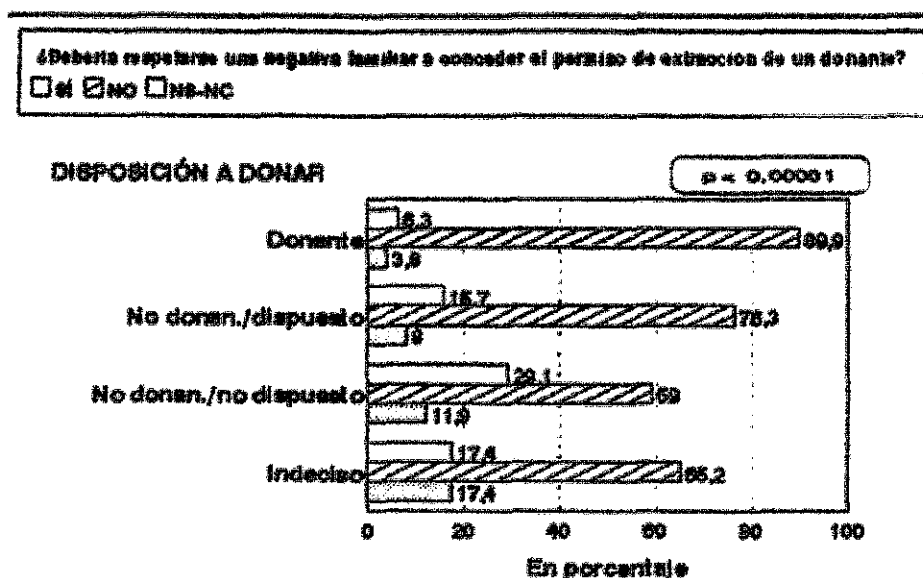


Figura nº 1.22.: Distribución porcentual de opiniones sobre si debería respetarse la negativa familiar a la donación de los órganos de un difunto que había expresado su deseo de donar, según los distintos grupos de la variable dependiente.

También las opiniones de los informantes sobre "si debería o no respetarse la negativa familiar aunque se conozca la opinión favorable del difunto para donar" guardan una fuerte asociación con la variable dependiente ($p < 0.00001$). Los resultados, recogidos gráficamente en la figura nº 1.22, muestran que los "donantes" y los encuestados que no lo son aún, pero que "estarían dispuestos a serlo" consideran de forma ampliamente mayoritaria que "no" se debería respetar la negativa familiar en tales circunstancias. Esta opinión continúa siendo la que prevalece entre los dos grupos restantes, el de las personas que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo" e "indecisos", aunque en el primero grupo existe un importante porcentaje (cercano al 30%) que desea que prevalezca la opinión familiar. Por su parte, más de la sexta parte de los miembros del grupo de "indecisos" opinan que debería respetarse la opinión de la familia si se diese la situación planteada en

la pregunta; además este grupo también contiene el mayor porcentaje de sujetos que no saben o no desean responder a esta cuestión.

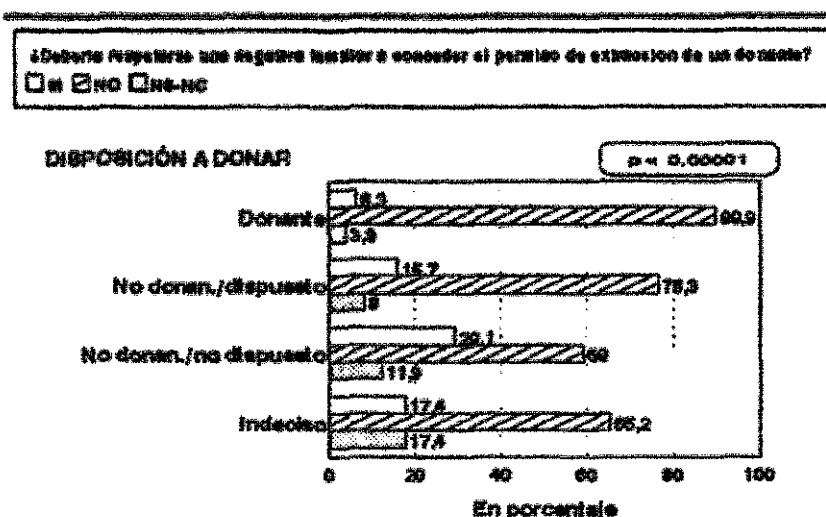
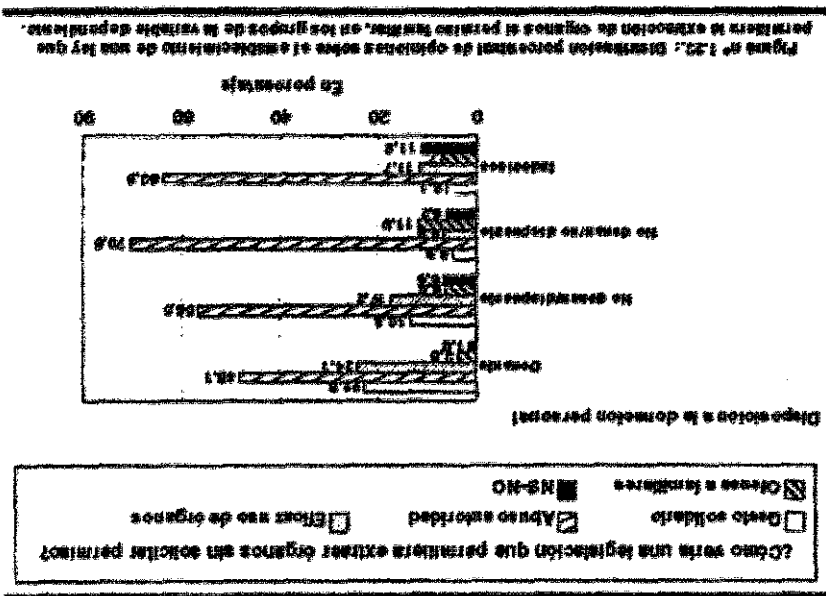


Figura nº 1.22.: Distribución porcentual de opiniones sobre el deberia respetarse la negativa familiar a la donación de los órganos de un difunto que habia expresado su deseo de donar, según los distintos grupos de la variable dependiente.

El análisis loglineal permitió averiguar que los "donantes" tienden a considerar que "no" debería respetarse la negativa familiar conociendo la opinión favorable del difunto a donar ($p < 0,001$). Contrariamente, los encuestados que "no son donantes, ni estarían dispuesto a serlo" consideran con una frecuencia significativamente mayor de lo esperado en esta categoría que "sí" debería respetarse la negativa familiar ($p < 0,001$). Por último, el grupo de "Indecisos" no da contestación a esta cuestión o "no sabe" cómo responderla ($p < 0,001$).

Las respuestas de los sujetos a la pregunta que trata de indagar cómo verían los informadores "una legislación que permitiera al Estado disponer siempre de los órganos de los difuntos, sin contar con ningún permiso

previo" se encuentran relacionadas significativamente con las alternativas elegidas en la variable dependiente ($p < 0.00001$). A pesar de que todos los grupos considerados en la variable dependiente eligen con mayor frecuencia la opción "un abuso de autoridad", esta respuesta se halla mucho más repetida en el grupo de "no donantes, ni dispuestos a serlo" (figura n° 1.23). En el grupo de "donantes" aparece una mayor presencia de respuestas positivas hacia una ley de las características sugeridas en la pregunta.



El análisis loglineal permitió establecer las principales tendencias de respuesta estadísticamente significativas:

- Las personas que consideran que una legislación de las características mencionadas supondría "un gesto de solidaridad" tienden a ser "donantes" ($p < 0.001$). Por otra parte, esta opinión se encuentra

escasamente representada en el grupo de personas que no están dispuestas a donar sus órganos ($p < 0,01$); tampoco tiende a ser una opinión frecuentemente expuesta por parte de los sujetos que forman el grupo de "Indecisos" ($p < 0,05$).

- Las personas que consideran que una legislación como la que se propone en la pregunta sería "un modo eficaz de no desperdiciar los órganos inútilmente" se caracterizan en la variable dependiente por ser "donantes", mientras los que no eligen esta opción de forma estadísticamente significativa tienden a ser "no donantes, ni dispuestos a serlo".

- Las opinión de que la mencionada legislación sería "una ofensa a los familiares del difunto" es sostenida con una frecuencia mayor de la esperada por los que se declaran "no donantes, ni dispuestos a serlo".

- La tendencia de respuesta predominante en el grupo de "Indecisos" es elegir la opción "no sabe-no contesta".

Persona que debería solicitar el permiso a los familiares.

La tabla nº 1.12. muestra la distribución porcentual de la variable "persona que debería contactar con la familia para solicitar el permiso", en función de los distintos grupos considerados en la variable dependiente.

Persona que debería contactar con los familiares del difunto para solicitar la extracción de sus órganos.

Disposición a la donación de órganos	Médico que trató al enfermo	Personal sanitario del Hospital	Personal administrativo del Hospital	Profesional de la Red de Coordinación de Trasplantes	NS-NC
Donante	39,2	3,8	0,0	55,7	1,3
No donante, pero dispuesto	55,3	3,1	0,9	37,5	3,2
No donante, ni dispuesto	63,9	5,7	0,4	25,6	4,4
Indeciso	59,5	3,5	0,9	28,3	8,3
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE					
Prueba de "Chi-cuadrado"		Grados de libertad		Significación estadística	
Pearson		15		0,00002	
Razón de Verosimilitud		15		0,00003	

Tabla nº 1.12.: Distribución porcentual de la variable "persona que debería ponerse en contacto con los familiares del fallecido para solicitar el permiso de extracción, en función de la disposición a la donación de órganos de los encuestados.

Estos resultados muestran que los "donantes" es el único grupo que considera que se debería poner en contacto con los familiares "un profesional de la Red de Coordinación de Trasplante", posiblemente por su mejor conocimiento de la existencia y de las atribuciones de este tipo de profesionales.

Donación de sangre y disposición a la donación de órganos.

La relación entre la "donación de sangre" y la "disposición a la donación personal de órganos" es muy significativa ($p < 0,00001$). Como muestra la figura nº 1.24, más de la tercera parte de los "donantes de órganos" son también "donantes de sangre", mientras que esto sólo ocurre con algo más de la sexta parte de los que "estarían dispuestos a ser donantes" y con menos

del 9% de los señalan que "no son donantes, ni estarían dispuesto a serlo". A pesar de estos datos generales, el análisis loglineal muestra que la característica más relevante de la distribución de respuestas en ambas variables es que las personas encuestadas que declaran no ser donantes, "ni estar dispuestos a serlo" tienden también a no ser donantes de sangre ($p < 0,001$).

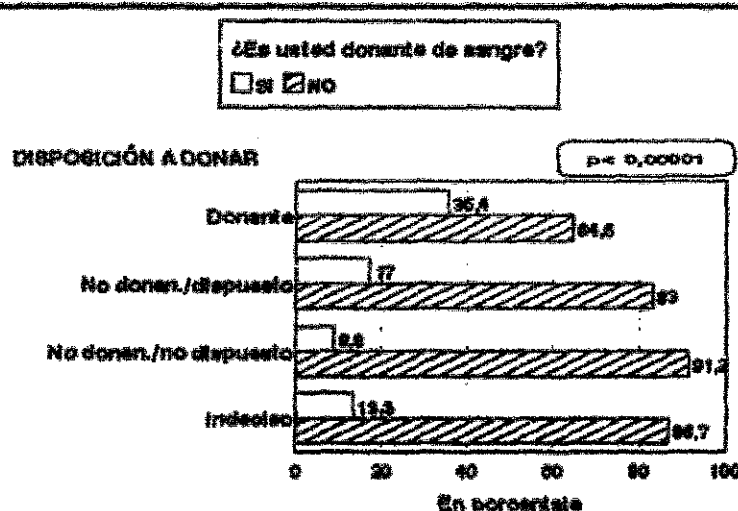
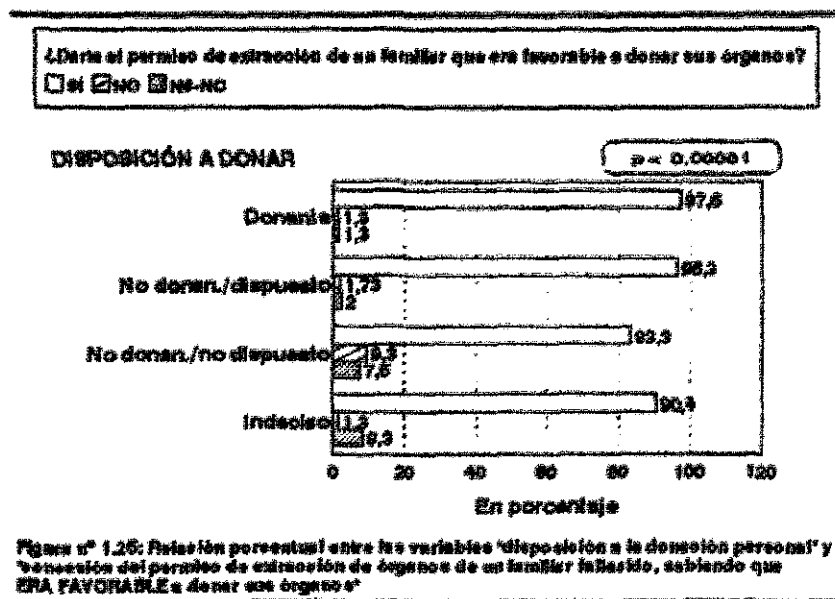


Figura nº 1.24.: Distribución porcentual de los donantes de sangre, en función de la disposición personal a donar órganos.

Relación entre la disposición a la donación personal de órganos y la disposición a donar órganos de familiares fallecidos.

La figura nº 1.25 pone de manifiesto la relación estadísticamente significativa ($p < 0,00001$) entre la variable dependiente y la disposición a dar "el permiso de extracción de un familiar fallecido, sabiendo que era favorable

a donar sus órganos". Todos los grupos de la variable dependiente concederían el permiso en el caso de conocer la voluntad del familiar fallecido de donar sus órganos; no obstante, el grupo compuesto por sujetos opuestos a la donación es el que muestra un porcentaje mayor de oposición a la concesión del permiso, en las mencionadas circunstancias; complementariamente, en los grupos cuya opinión personal acerca de la donación coincide con la del familiar fallecido la concesión del permiso es una opción casi unánime. Otro dato muy importante es que más del 90% de los "indecisos" darían el permiso para proceder a la extracción de los órganos de un familiar fallecido, del que se conocía su voluntad de donar sus órganos.



El análisis loglineal que analiza la tabla de contingencia entre ambas variables muestra como resultado más relevante que el grupo de "no donantes, ni dispuestos a serlo" tiende a opinar más frecuentemente de lo

esperado que no concederían el permiso de donación, a pesar de que conociesen la opinión favorable del familiar fallecido a donar sus órganos.

Las opiniones de los encuestados sobre la concesión del permiso cambian radicalmente en el caso de que la pregunta incluya la situación hipotética en la que el familiar fallecido haya expresado con anterioridad su voluntad de no donar sus órganos. En tales circunstancias, la relación con la variable dependiente sigue teniendo una alta significación estadística ($p < 0,00001$), pero los resultados difieren completamente de los obtenidos en la tabla de contingencia anterior. La figura nº 1.26 muestra la distribución porcentual de las respuestas de los sujetos a la pregunta sobre si concederían el permiso de extracción en las mencionadas condiciones, en relación a la variable dependiente; los resultados indican que todos los grupos respetarían mayoritariamente la opinión del difunto y no concederían el permiso; esta opción es más frecuente en el grupo de "no donantes, ni dispuestos a serlo" cuya opinión acerca de la donación coincide con la del familiar fallecido.

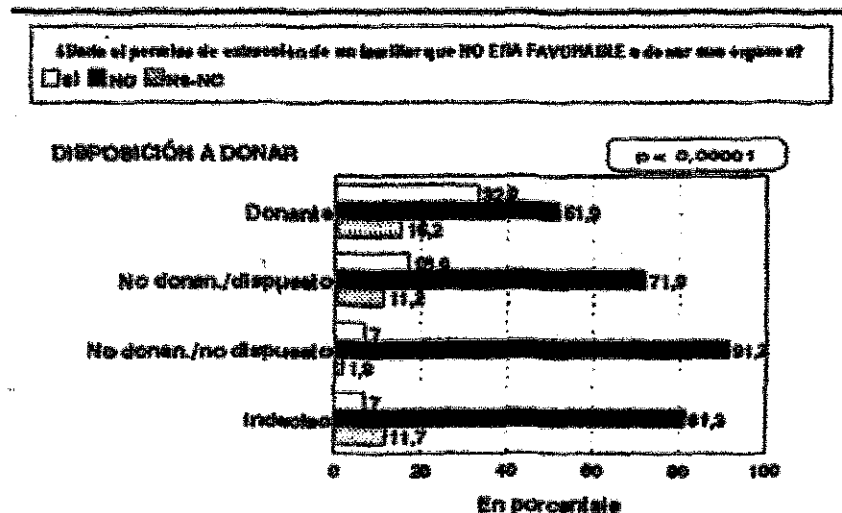


Figura nº 1.26: Relación porcentual entre las variables "disposición a la donación personal" y "concesión del permiso de extracción de órganos de un familiar fallecido, sabiendo que NO ERA FAVORABLE a donar sus órganos".

El análisis loglineal muestra claramente una tendencia estadísticamente muy significativa a que los "donantes" concedan el permiso incluso conociendo la posición contraria del fallecido ($p < 0,001$). También aparece en el análisis la tendencia opuesta, los "no donantes, ni dispuestos a serlo" tenderían a negar el permiso en una situación como la que se plantea ($p < 0,001$); por otra parte, los "indecisos" opinan más frecuentemente de lo que podría esperarse que tampoco en la mencionada situación sabrían qué decisión tomarían ($p < 0,05$).

En la mayor parte de los casos, los familiares de los fallecidos en condiciones de ser donantes de órganos desconocen su opinión sobre la donación de órganos. Por ello, resulta de gran importancia conocer si en estas circunstancias los sujetos encuestados concederían o no el permiso de extracción de órganos y la influencia que pueda tener sobre esta decisión, la posición personal acerca de la donación. Los resultados del análisis de la tabla de contingencia permite afirmar que existe una relación estadísticamente muy significativa entre ambas variables ($p < 0,00001$). Según puede observarse en la figura nº 1.27, la decisión final que adoptarían coincide mayoritariamente con la posición personal acerca de la donación de órganos; los sujetos que se muestran favorables a la donación de sus órganos otorgarían mayoritariamente el permiso, siendo esta disposición más frecuente en aquellos que son "donantes" que en las personas que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo"; por otra parte, los que se declaran "no donantes, ni

dispuestos a serio" no concederían el mencionado permiso de extracción o "no saben" o "no contestan" a esta cuestión; por último, el grupo de "indecisos" presenta una acusada división de opiniones. Resulta igualmente muy relevante el considerable aumento en todos los grupos de la variable dependiente, pero en especial en el grupo de "no donantes, pero dispuestos a serio", de las personas que "no saben" si concederían o no el permiso o que "no contestan" a la cuestión planteada.

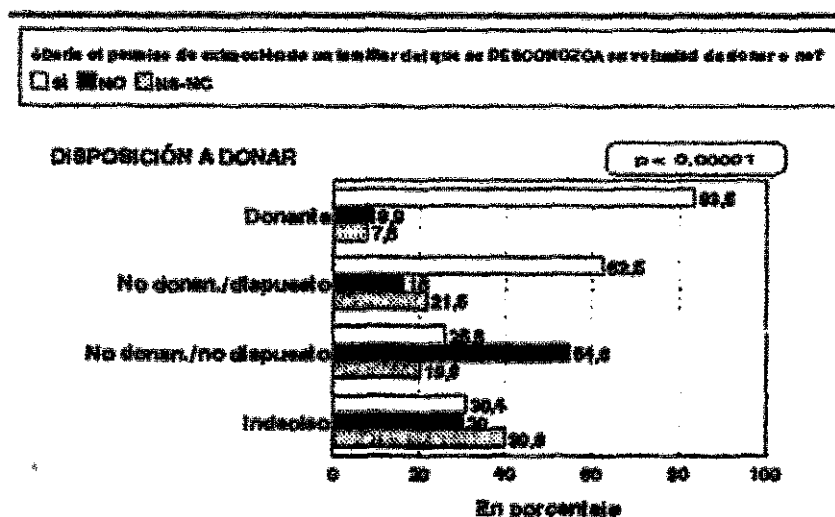


Figura n° 1.27: Relación porcentual entre las variables "disposición a la donación personal" y "concesión del permiso de extracción de órganos de un familiar fallecido, del que se DESCONOZCA SU VOLUNTAD DE DONAR O DE NO DONAR".

El análisis loglineal que estudió la tabla de contingencia entre ambas variables mostró las siguientes tendencias de respuesta significativas:

- Los grupos de "donantes", "no donantes, pero dispuestos a serio" e "indecisos" tenderían a conceder el permiso en el caso de que se desconozca la opinión del difunto (en todos los casos el nivel de

significación fue $p < 0,001$); en este último grupo, también se detecta una tendencia a elegir la opción "no sabe-no contesta" ($p < 0,0001$).

- El grupo de personas que señalan que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo" tendería a no conceder el permiso, si desconoce la opinión del difunto.

1.4.2. Disposición a conceder el permiso para que se pueda utilizar los órganos de un fallecido, del que se desconoce su voluntad de donar o de no donar.

Esta es la variable dependiente más importante y relevante de las tres que tienen por objeto el estudio de las condiciones que pueden favorecer o dificultar la concesión de permisos de extracción de órganos de familiares fallecidos. Esta afirmación se sustenta principalmente en dos razones; por un lado, la mayor parte de las investigaciones sobre el proceso de petición de órganos, algunas de ellas revisadas en el apartado de introducción teórica, concluyen que los familiares desconocen generalmente la opinión del difunto acerca de la donación de sus órganos; por otra parte, los resultados obtenidos en esta variable muestran que, a diferencia de las dos restantes variables dependientes no existe una opinión claramente mayoritaria, lo que favorece una caracterización más precisa y rica de los grupos de personas que indicaron su disposición a conceder o denegar el permiso de extracción, desconociendo la voluntad del familiar fallecido de donar o de no donar sus órganos.

Los resultados generales ponen de manifiesto (figura nº 2.1.) que cuando se desconoce la voluntad del difunto sobre la donación de sus órganos, la mayoría de los encuestados, concedería el permiso de extracción; sin embargo, destaca el alto porcentaje de sujetos que declaran que "no saben" la decisión que adoptarían en una situación como la planteada.

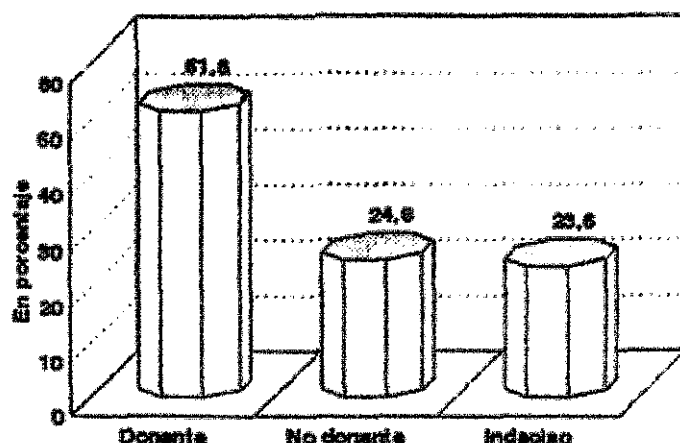


Figura nº 2.1.: Distribución porcentual de las respuestas de la muestra encuestada a la pregunta de: ¿Permitiría permitir que se utilizaran los órganos de un familiar infectado, DEL QUE SE DESCONOCE SU VOLUNTAD DE DONAR O DE NO DONAR?

Según estos resultados, podemos establecer tres grupos de sujetos, de acuerdo con su opinión sobre esta tema: "donantes", "no donantes" e "indecisos"; esta última categoría incluye a los sujetos que eligieron las opciones de respuesta "no sabe" y "no contesta", si bien esta última alternativa obtuvo una escasa aceptación (1,5 %).

Variables demográficas o estructurales.

La disposición a la donación de órganos, bajo estas circunstancias, difiere significativamente entre las diversas comunidades autónomas del territorio peninsular español, tal y como muestra la tabla nº 2.1.

	AND	ARA	AST	CAN	CLM	CLE	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	VAS	RIO
Donantes	41,6	72,7	47,7	72,2	43,1	47,4	55,7	48,1	43,9	45,5	57,7	47,1	66,7	52,6	63,6
No donantes	26,2	15,9	40,9	22,2	34,5	22,9	19,0	39,9	36,6	28,8	19,4	29,4	4,8	17,1	27,3
Indecisos	32,2	11,4	11,4	5,6	22,4	21,7	25,2	20,0	19,5	25,7	22,9	23,5	28,6	30,3	9,1
	(233)	(44)	(44)	(18)	(58)	(92)	(210)	(135)	(41)	(101)	(170)	(34)	(21)	(76)	(11)

Tabla nº 2.1.: Porcentaje de "donantes" "no donantes" e "indecisos" en cada una de las comunidades autónomas. Entre paréntesis figuran el número de encuestas realizadas en cada comunidad.

ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE		
"Chi cuadrado"	Grados de libertad	Significación
Pearson	28	.00015
Razón de Verosimilitud	28	.00006
<p><u>Significado de las abreviaturas.</u> AND: Andalucía; ARA: Aragón; AST: Asturias; CAN: Cantabria; CLM: Castilla-La Mancha; CLE: Castilla y León; CAT: Cataluña; VAL: Comunidad Valenciana; EXT: Extremadura; GAL: Galicia; MAD: Madrid; MUR: Murcia; NAV: Navarra; VAS: País Vasco; RIO: La Rioja.</p>		

El hecho de que los resultados de la presente investigación sean representativos sólo para la España peninsular, impide establecer comparaciones entre las distintas comunidades autónomas.

No obstante, los resultados del análisis loglineal permiten extraer algunas conclusiones estadísticamente relevantes sobre las comunidades cuyos individuos tienden a declarar que concederían o denegarían el permiso de extracción de órganos de un familiar fallecido, del que se desconociese su voluntad de donar o de no donar. Los informadores de "Aragón" son los únicos

que tienden a responder de forma estadísticamente significativa que concederían el permiso de extracción ($p < 0,05$). Los encuestados que viven en "Andalucía" tienden significativamente a no declarar que concederían este permiso ($p < 0,001$). Solamente los encuestados pertenecientes a la Comunidad de "Asturias" manifiestan frecuentemente que "no" concederían el permiso de extracción ($p < 0,05$). Finalmente, en el País Vasco abundan los sujetos "indecisos" ($p < 0,05$).

El tamaño de la población de los pueblos y ciudades donde residen los encuestados se relaciona significativamente ($p < 0,005$) con la disposición a conceder el permiso, desconociendo la opinión de los familiares fallecidos. En este caso, hemos recodificado los valores de la variable "tamaño de la población" que originalmente constaba de siete categorías para formar otra variable que contiene únicamente cuatro alternativas: poblaciones pequeñas (hasta 10.000 habitantes), poblaciones medianas (de 10.001 a 100.000), poblaciones grandes (de 100.001 a 1.000.000) y metrópolis (más de un millón de habitantes; Madrid y Barcelona). Los resultados del cruce con la variable dependiente se muestran en la figura nº 2.2.

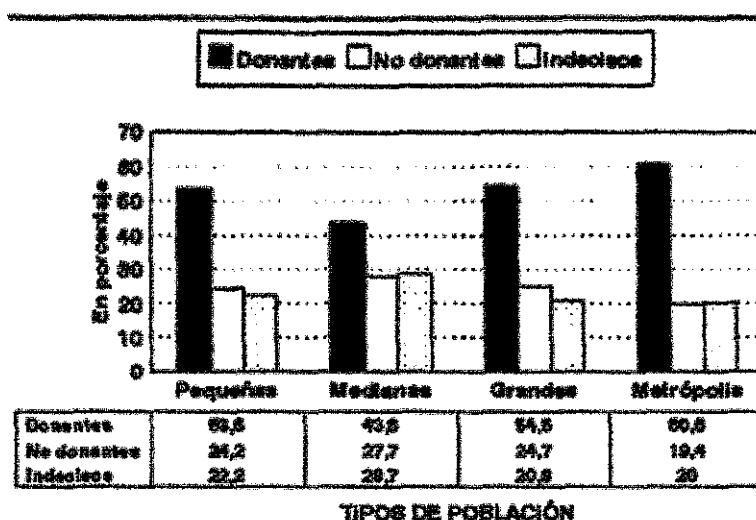


Figure n° 2.2: Distribución porcentual de la variable dependiente, en función del tamaño de la población donde residen los encuestados.

El análisis loglineal mostró una tendencia estadísticamente significativa a que los habitantes de las "poblaciones medianas" se muestren "indecisos" sobre la cuestión planteada ($p < 0,05$) y no se hagan "donantes" ($p < 0,001$).

La variable "edad" no se relaciona significativamente con la variable dependiente; no obstante, se advierte una tendencia a que en el grupo de los "no donantes" haya una escasa representación de sujetos de "25 a 36 años" ($p < 0,05$).

Otra de las variables que tiene una influencia estadísticamente significativa ($p < 0,00005$) en la variable dependiente es el "nivel de estudios". Como puede apreciarse en la tabla n° 2.2., existe una mayor tendencia a

conceder el permiso en los sujetos con niveles de "estudios universitarios superiores", mientras que un porcentaje significativamente mayor de personas con bajos niveles de estudio declararon que denegarían el permiso.

1) Frecuencia 2) Porc. fila 3) Porc. columna		NIVEL DE ESTUDIOS					
Disposición a donar		Sin estudios	E.G.B. o equivalentes	B.U.P. o equivalentes	Universl. Medios	Universl. Superiores	Frec. y porc. filas
Donantes	1)	96	247	159	90	70	662
	2)	14,5 %	37,3 %	24,0 %	13,6 %	10,6 %	
	3)	41,2 %	46,9 %	58,7 %	66,7 %	59,3 %	51,6 %
No donantes	1)	79	147	46	22	25	319
	2)	24,8 %	46,1 %	14,4 %	6,9 %	7,8 %	
	3)	33,9 %	27,9 %	17,0 %	16,3 %	21,2 %	24,9 %
Indecisos	1)	58	133	66	23	23	303
	2)	19,1 %	43,9 %	21,8 %	7,6 %	7,6 %	
	3)	24,9 %	25,2 %	24,4 %	17,0 %	19,5 %	23,6 %
Frec. y porc. de columnas		233 18,1 %	527 41,0 %	271 21,1 %	135 10,5 %	118 9,2 %	1284 100,0 %
Estadísticos de contraste							
"Chi-Cuadrado"		Grados de libertad		Significación			
Pearson		8		0,00000			
Razón de Verosimilitud		8		0,00000			

Tabla n° 2.2 : Distribución de frecuencias y porcentajes de la disposición a donar órganos, en función de la variable "nivel de estudios".

Se confirma que entre las personas que sólo saben "leer y escribir o menos", se encuentran menos "donantes" de los esperados ($p < 0,001$) y más "no donantes" ($p < 0,001$); también entre los que tienen "estudios primarios" hay menos "donantes" ($p < 0,001$). Por otra parte, entre los encuestados con estudios secundarios, hay significativamente menos "no donantes" ($p < 0,05$); por último, los sujetos con estudios universitarios de grado medio tienden de forma estadísticamente relevante a ser "donantes" ($p < 0,05$).

La "clase social" a la que creen pertenecer los encuestados se relaciona significativamente con la disposición a la donación, cuando se desconoce la voluntad del difunto ($p < 0,006$), tal y cómo muestra la tabla nº 2.3.

1) Frecuencia 2) Porc. fila 3) Porc. columna	CLASE SOCIAL					
	Disposición a donar	Alta-Media alta	Media	Media baja	Baja	Frec. y porc. filas
Donantes	1)	27	432	163	32	654
	2)	4,1 %	66,1 %	24,9 %	4,9 %	
	3)	65,9 %	55,0 %	47,1 %	37,6 %	52,0 %
No donantes	1)	6	176	95	31	308
	2)	1,9 %	57,1 %	30,8 %	10,1 %	
	3)	14,6 %	22,4 %	27,5 %	36,5 %	24,5 %
Indecisos	1)	8	177	88	22	295
	2)	2,7 %	60,0 %	7,5 %	7,6 %	
	3)	19,5 %	22,5 %	25,9 %	17,0 %	23,5 %
Frec. y porc. de columnas		41 3,3 %	785 62,5 %	346 27,5 %	346 27,5 %	1257 100 %
Estadísticos de contraste						
"Chi-Cuadrado"			Grados de libertad		Significación	
Pearson			6		0,00528	
Razón de Verosimilitud			6		0,00552	

Tabla nº 2.3.: Relación entre la variable dependiente y la variable "clase social".

El análisis loglineal realizado entre la variable dependiente y la "clase social" mostró que en las personas de clase "media-alta" tienden a ser "donantes" ($p < 0,05$), mientras que los sujetos que se perciben como de clase "baja" manifiestan frecuentemente que "no" donarían los órganos de un familiar fallecido en las circunstancias que plantea la variable dependiente ($p < 0,05$).

La "ocupación actual" presenta una relación significativa con la disposición a donar los órganos de un familiar, del que se desconozca su

voluntad de donar o de no donar ($p < 0,05$). Los resultados del cruce de ambas variables queda reflejado en la tabla nº 2.4.

1) Frecuencia 2) Porc. fila 3) Porc. columna		NIVEL DE ESTUDIOS						
Disposición a donar		Trabajo Fijo	Trabajo eventual	Estudiante	Paro	Jubilado	Sus Labores	Total Filas
Donantes	1)	219	79	71	55	97	138	659
	2)	33,2 %	12,0 %	10,8	8,3 %	14,7 %	20,9 %	
	3)	53,5 %	56,0 %	52,6 %	57,9 %	53,0 %	43,7 %	51,5%
No Donantes	1)	92	28	31	26	41	101	319
	2)	28,8 %	8,8 %	9,7 %	8,2 %	12,9 %	31,7 %	
	3)	22,5 %	19,9 %	23,0 %	27,4 %	22,4 %	32,0 %	24,9%
Indecisos	1)	98	34	33	14	45	77	301
	2)	32,6 %	11,3 %	11,0 %	4,7 %	15,0 %	25,6 %	
	3)	24,0 %	24,1 %	24,4 %	14,7 %	24,6 %	24,4 %	23,5%
Frec. y porc. de columnas		409 32,0 %	141 11,0 %	135 10,6 %	95 7,4 %	183 14,3 %	316 24,7%	1279 100%
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE								
"Chi-Cuadrado"		Grados de libertad			Significación			
Pearson		10			0,04683			
Razón de Verosimilitud		10			0,04285			

Tabla nº 2.4.: Distribución de frecuencias y porcentajes de la disposición a donar órganos, en función de la variable "nivel de estudios".

La significación estadística entre ambas variables se centra especialmente en el hecho de que las personas que se dedican a "sus labores" tienden a declarar que "no" concederían el permiso de extracción ($p < 0,01$).

Importancia concedida a la religión.

La importancia concedida a la religión en la vida de los encuestados se graduó en una escala, desde "mucho" hasta "nada". Así operativizada, esta variable se relacionó significativamente con la variable

dependiente ($p < 0,008$). Los resultados del cruce de estas dos variables aparecen representados en la figura nº 2.3.

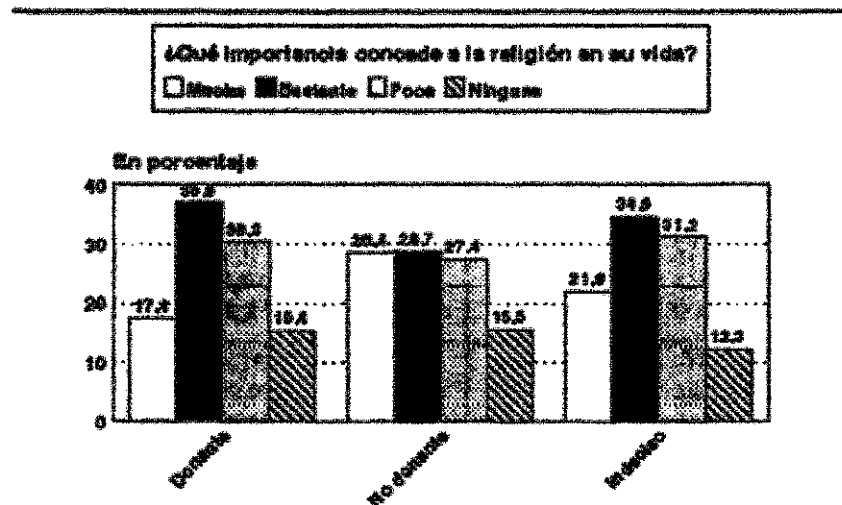


Figura nº 2.3.: Distribución porcentual de la variable dependiente, en función de la importancia que conceden los encuestados a la religión en sus vidas.

La significación estadística entre ambas variables se centra concretamente en las siguientes tendencias de respuesta de los grupos de la variable dependiente:

- Los sujetos "no donantes" tienden a percibir la religión como un hecho muy importante en sus vida ($p < 0,01$).
- Las respuestas de los grupos de "indecisos" o de "donantes" no se diferencia significativamente de lo esperado, a excepción del hecho de que los "donantes" tienden a no considerar a la religión como un hecho que tenga "mucho" importancia en su vida.

Información general sobre donación y trasplante de órganos.

Las personas que conocieron a "algún donante de órganos o a alguien que necesitase o hubiese recibido un trasplante de órganos" parecen tender a declararse "dispuestas a donar los órganos de familiares fallecidos". La relación entre ambas variables es estadísticamente significativa ($p < 0,005$). La figura nº 2.4. muestra los valores residuales (desviación de los valores esperados si las contestaciones se realizasen al azar) del cruce entre ambas variables; como puede observarse, existe un número mayor de personas que declararon conocer a donantes o trasplantados de órganos y que son "donantes" o están "dispuestos a serlo" de las que cabría esperar en una distribución al azar y, complementariamente, menos personas que conociendo a donantes o trasplantados de órganos indican que "no son donantes, ni dispuestos a serlo".

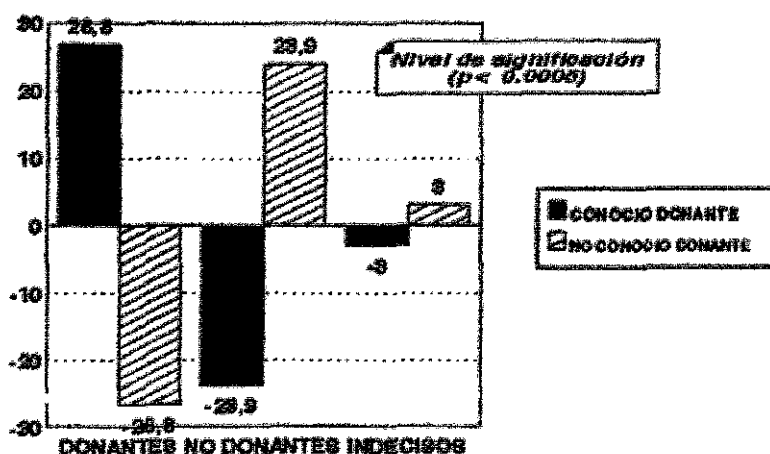


Figura nº 2.4.: Relación entre el conocimiento de donantes o trasplantados de órganos en la disposición a donar órganos, desconociendo la voluntad del fallecido.
Valores en altura y diferencia entre valores esperados y valor empírico del cruce de ambas variables

El análisis loglineal, realizado para averiguar la significación estadística de los valores residuales en cada casilla del cruce de variables, confirma la tendencia de las personas que conocen a donantes o trasplantados de órganos a facilitar el permiso de donación de familiares fallecidos, de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar ($p < 0,01$); por su parte, aquellos que no han conocido a una persona de las características de la pregunta, tienden a "no" conceder el permiso ($p < 0,01$).

Los encuestados "donantes", "no donantes" e "indecisos", han recibido información sobre donación y trasplante de órganos, a través de los medios de comunicación que se detallan en la figura nº 2.5.

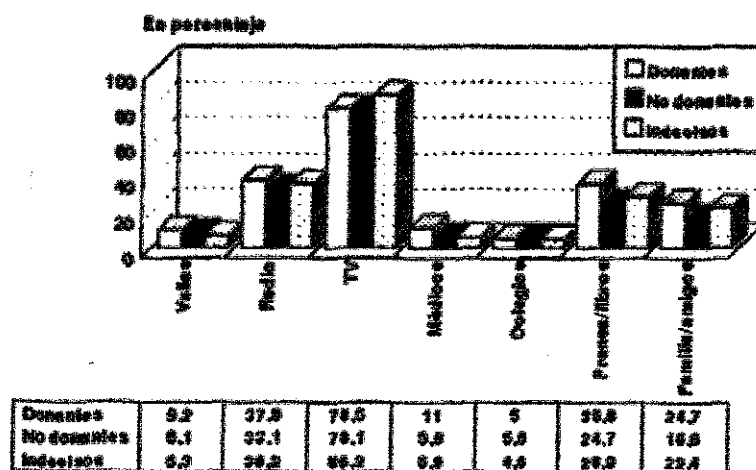


Figura nº 2.5.: Porcentaje de sujetos "donantes", "no donantes" e "indecisos" que declararon haber recibido información sobre donación y trasplante de órganos, por diferentes medios de comunicación.

De estos medios de comunicación los que se relacionan significativamente con la variable dependiente son: "televisión" ($p < 0,01$), "profesionales de la medicina" ($p < 0,005$), "prensa y libros" ($p < 0,005$) y

"familiares y amigos" ($p < 0,02$). El análisis loglineal realizado para estudiar las tablas de contingencia de cada uno de estas variables con la variable dependiente mostró que:

- El grupo de "donantes" recibió información con mayor frecuencia de la esperada a través de "profesionales de la medicina" ($p < 0,01$), de "prensa y libros" ($p < 0,001$) y de "familiares y amigos" ($p < 0,001$).

- El grupo de "no donantes" no se informó sobre estos temas a través de "prensa y libros" ($p < 0,01$) y "familiares o amigos" ($p < 0,01$).

- El grupo de "indecisos" recibió frecuentemente información a través de la "televisión" ($p < 0,01$).

La relación entre la "percepción del coste económico del trasplante" y la variable dependiente queda en gran parte mediatizada por el gran porcentaje (54,6%) de sujetos que declara que desconoce si un trasplante es "más caro", "igual de caro" o "menos caro" que otros tratamientos alternativos. No obstante, la relación entre ambas variables resultó ser altamente significativa ($p < 0,00005$). Los resultados de este cruce de variables se hallan recogidos en la tabla nº 2.5.

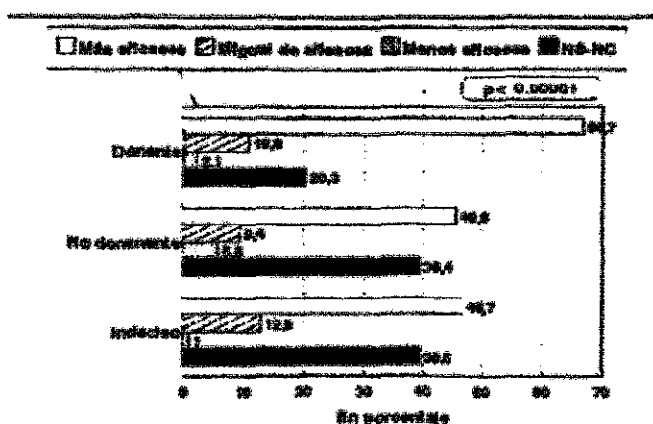
En su opinión, los trasplantes de órganos son, en relación a otros tratamientos alternativos:

Variable Dependiente	Más caros	Igual de caros	Menos caros	NS-NC
Donantes	19,3	10,5	17,5	52,7
No donantes	23,8	12,8	6,3	57,2
Indecisos	17,1	10,5	11,5	60,9
Estadístico de contraste				
Prueba de "Chi-Cuadrado"		Grados de Libertad	Significación estadística	
Pearson		6	0,00048	
Razón de Verosimilitud		6	0,00006	

Tabla n° 2.5: Distribución porcentual de las opiniones de la muestra encuestada en relación al coste del trasplante de órganos, según los distintos grupos considerados en la variable dependiente.

Existen dos tendencias de respuesta; los "donantes" tienden a considerar el trasplante como "menos caro" que otros tratamientos alternativos ($p < 0,0019$); por su parte, los "no donantes" estiman más frecuentemente de lo esperado que el trasplante es "más caro" ($p < 0,01$).

Otro de los aspectos informativos sobre el trasplante de órganos que se pretende estudiar es la percepción de la eficacia del trasplante de órganos, en relación a la disposición a conceder o no el permiso de un familiar fallecido sin hacer conocer su voluntad de donar o de no donar órganos. La relación entre ambas variables resultó altamente significativa ($p < 0,00001$), tal y cómo aparece en la figura n° 2.6.



Esta importante asociación entre ambas variables se refleja más concretamente en que los sujetos que se manifiestan "donantes", tienden a opinar que el trasplante es "más eficaz" que otros tratamientos alternativos ($p < 0,001$), mientras que el grupo de "no donantes" muestra la tendencia opuesta, considerándolo "menos eficaz" ($p < 0,001$). Por su parte, los "indecisos" concentran de forma significativa sus respuestas en la opción "no sabe-no contesta".

La distribución de valores residuales de la figura nº 2.7. ilustra la relación significativa ($p < 0,0006$) hallada entre la variable dependiente y la variable "acuerdo o desacuerdo con la consideración trasplante como una "buena prestación sanitaria".

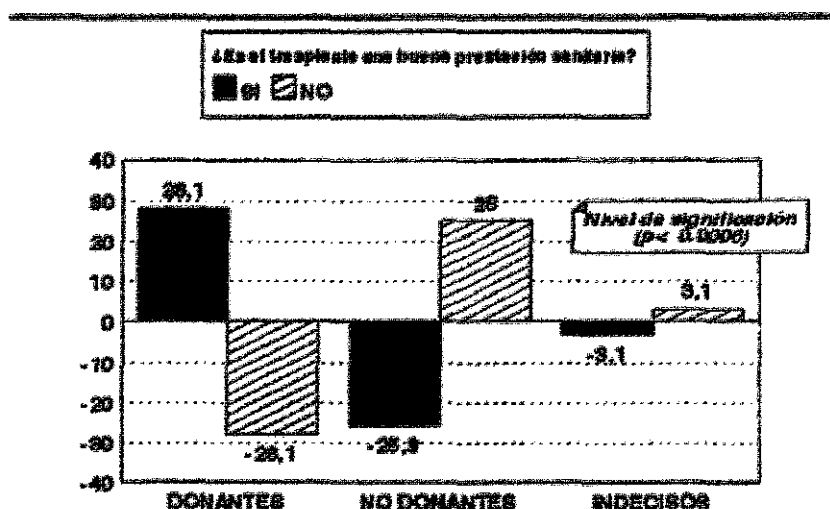


Figura nº 2.7.: Relación entre la variable "consideración del trasplante como buena prestación sanitaria" y la "disposición a donar órganos, descontando la voluntad del fallecido". *Mostramos únicamente la diferencia entre valor esperado y valor empírico del cruce de ambas variables.*

El correspondiente análisis loglineal mostró que los "donantes" responden con una frecuencia superior a la esperada que están de acuerdo en

que el trasplante es una "buena prestación sanitaria" ($p < 0,001$), mientras que los "no donantes" tienden a no estar de acuerdo con este planteamiento ($p < 0,001$).

Los resultados más importantes del trasplante de órganos es otra de las cuestiones recogidas en la literatura especializada y que puede servir para caracterizar los distintos grupos de encuestados, en función de su disposición a la donación. A los sujetos se les pedía que eligiesen, entre las opciones de respuesta, las dos consecuencias del trasplante de órganos que considerasen más importantes; también se les solicitaba que las ordenasen, según la importancia que conferían a cada una de ellas. Por todo ello, el análisis de esta pregunta se ha realizado sobre dos variables: "consecuencia más importante del trasplante" y "consecuencia situada en segundo lugar de importancia". Ambas variables han resultado tener una relación significativa con la variable dependiente.

En primer lugar, los distintos grupos de la variable dependiente se diferencian significativamente en la frecuencia con que eligen las distintas alternativas de respuesta de la variable "consecuencia más importante del trasplante" ($p < 0,005$). La figura nº 2.8. muestra la distribución porcentual de las respuestas de los sujetos a esta variable, en relación a su disposición a donar los órganos de familiares fallecidos, de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar. Como puede apreciarse, "donantes" e "indecisos" consideran que el resultado más importante del trasplante es "aumentar la

calidad de vida", mientras que los "no donantes" eligen con mayor frecuencia la alternativa "vivir más tiempo".

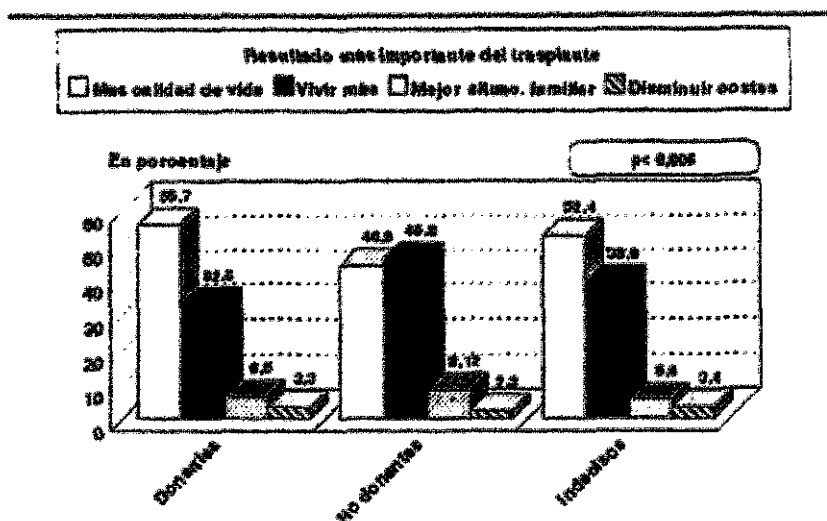


Figura nº 2.8.: Distribución porcentual de la percepción de la muestra encuestada del resultado más importante del trasplante, en función de su condición de "donante", "no donante" o "indeciso".

El análisis loglineal permite afirmar que los "donantes" (personas que declararon que concederían el permiso de extracción de órganos de un familiar del que se desconoce su opinión sobre este tema) muestran una tendencia estadísticamente relevante a considerar que el resultado más importante del trasplante de órganos es "aumentar la calidad de vida".

En segundo lugar, la relación entre el resultado citado en segundo lugar por los encuestados y la variable dependiente es aún más significativa ($p < 0,00001$), como queda reflejada gráficamente en la figura nº 2.9. En este caso, se ha considerado la alternativa "no sabe-no contesta" de la variable independiente, ya que, el número de observaciones acumuladas en ella superaba el 5%. El principal resultado es que los tres grupos de la variable

dependiente "donantes", "no donantes" e "indecisos" coinciden en señalar con mayor frecuencia la alternativa "vivir más tiempo".

Se pudo comprobar, así mismo, que los "donantes" tienden a considerar con mayor frecuencia que el segundo resultado del trasplante es "vivir más tiempo" ($p < 0,001$); también señalan frecuentemente la opción "disminuir los costes de la enfermedad" ($p < 0,05$).

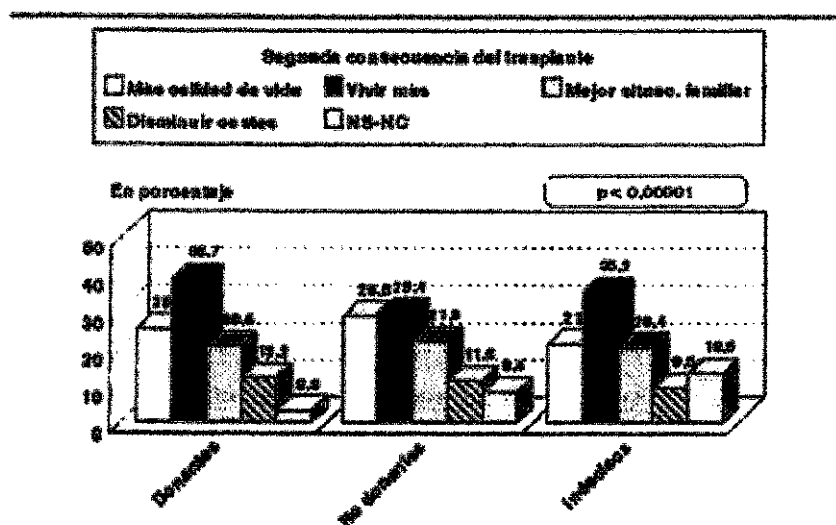


Figura nº 2.3.: Distribución porcentual de las opiniones de la muestra en relación al segundo resultado del trasplante (en orden de importancia), en función de la variable dependiente.

Actitudes hacia los donantes de órganos.

Este apartado del cuestionario comprende dos preguntas, una relativa a la opinión que merecen a los encuestados los donantes de órganos; la otra, centrada en cómo verían que un familiar suyo fuera donante. Las preguntas se hallan separadas en el cuestionario con la intención de evitar la contaminación de respuestas.

La "opinión sobre los donantes de órganos" se halla relacionada con la variable dependiente ($p < 0,00001$). Los resultados del cruce de estas dos variables figuran en la tabla nº 2.6.

Frecuencia Porcentaje de filas Porcentaje de columnas	OPINIÓN SOBRE LOS DONANTES DE ÓRGANOS				
Variable dependiente	Muy Buena	Buena	Indiferente	Mala	Frecuencia y Porcentaje de Filas
Donantes	510 77,2 57,8	143 21,5 41,4	8 1,2 20,0	0 0 0	661 52,1
No donantes	180 58,1 20,4	99 31,9 28,7	29 9,4 72,5	2 0,6 100	310 24,4
Indecisos	192 64,4 21,8	103 34,6 29,9	3 1 7,5	0 0 0	298 23,5
Frecuencia total de columna Porcentaje total de columna	882 69,5%	345 27,2	2 0,2	40 3,2	1269 100
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE					
Prueba "Chi-Cuadrado"		Grados de Libertad		Significación estadística	
Pearson		6		0,00000	
Razón de Verosimilitud		6		0,00000	

Tabla nº 2.6.: Distribución de frecuencias y porcentajes de las opiniones sobre donantes de órganos, en función de los distintos grupos de la variable dependiente.

Destaca en estos resultados, que ninguno de los encuestados eligió la categoría "muy mala". La tendencia general en todos los grupos consiste en tener una opinión "muy buena" o "buena" de los donantes de órganos. No obstante, el resultado del análisis loglineal permite afirmar que existe una actitud más positiva entre los sujetos que declararon que donarían los órganos del familiar en las condiciones establecidas en la variable dependiente ($p < 0,001$) que entre los sujetos "no donantes" y que estos últimos

tienden de manera más acusada que la media de encuestados a valorar a los donantes con la categoría "indiferente" ($p < 0,05$); además, el grupo de "no donantes" eligió con una frecuencia significativamente menor que el resto de grupos las categorías "muy buena" ($p < 0,001$) y "buena" ($p < 0,01$); es decir, tienden a diferenciarse del resto de grupo por una actitud menos positiva hacia los donantes de órganos, dentro de una tónica general muy favorable hacia los donantes.

La variable "opinión sobre donantes de órganos que sean familiares del encuestado" completa el estudio de las actitudes de la muestra encuestada hacia los donantes de órganos; esta variable se relaciona significativamente con la variable dependiente ($p < 0,00001$). La figura nº 2.10. muestra la distribución porcentual de las opiniones sobre familiares donantes, en función de los distintos grupos de la variable dependiente.

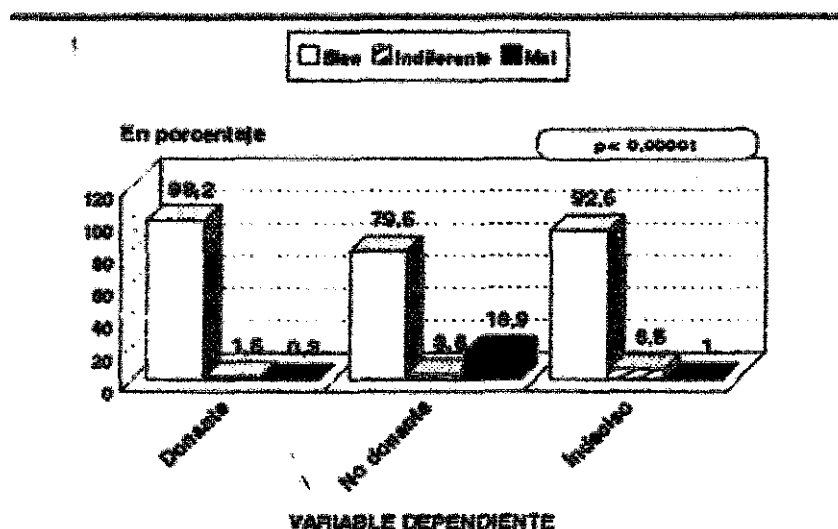


Figura nº 2.10.: Distribución porcentual de la variable "valoración de un familiar donante", en función de la variable dependiente.

El análisis loglineal de estos resultados muestra que los "donantes" tienden de forma estadísticamente relevante a opinar "bien" de los familiares donantes ($p < 0,001$). Los "no donantes" se caracterizan por declarar menos frecuentemente de lo esperado que verían "bien" que un familiar suyo fuera donante ($p < 0,001$) y por seleccionar con mayor frecuencia de la esperada la opción "indiferente" para calificar al familiar donante.

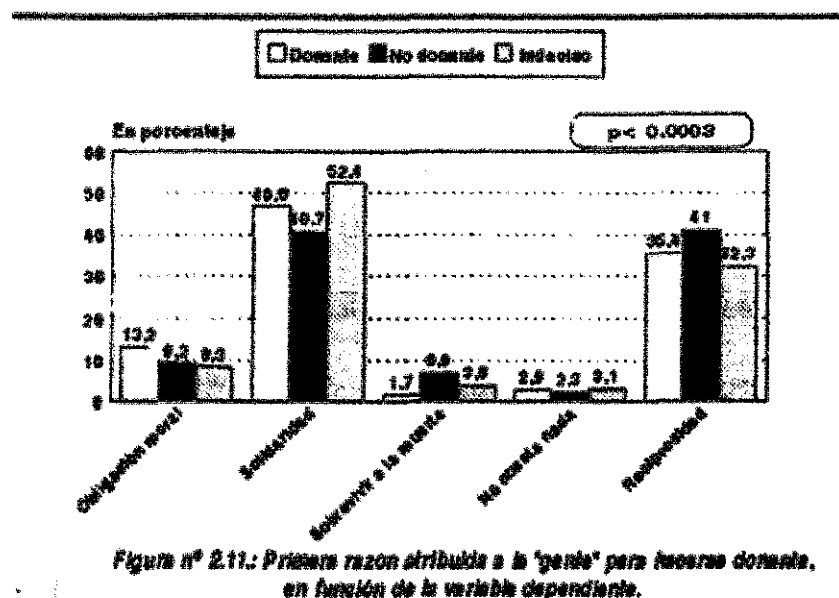
Razones para la donación de órganos.

Algunas investigaciones sobre factores que influyen en la donación familiar de órganos han enfatizado la importancia de las opiniones y actitudes personales sobre este tema en la concesión o denegación del permiso de donación de familiares fallecidos sin haber dado a conocer su voluntad de donar o no donar sus órganos (Harris, 1991). Estos estudios sugieren que, en ausencia de este tipo de información, la familia no puede basar su decisión ante la petición del coordinador de trasplante en el respeto a la opinión del fallecido; consecuentemente, la determinación que adopten debería apoyarse en opiniones y actitudes personales.

Este apartado del estudio contiene cuatro preguntas y ocho variables que tratan de averiguar qué motivos perciben los encuestados en la "gente" y en ellos mismos, para donar y para no donar órganos. En cada una de las preguntas se les solicitaba que eligiesen dos respuestas y que las ordenasen según la mayor o menor importancia que les adjudicaban.

Razones percibidas en la "gente" para donar órganos.

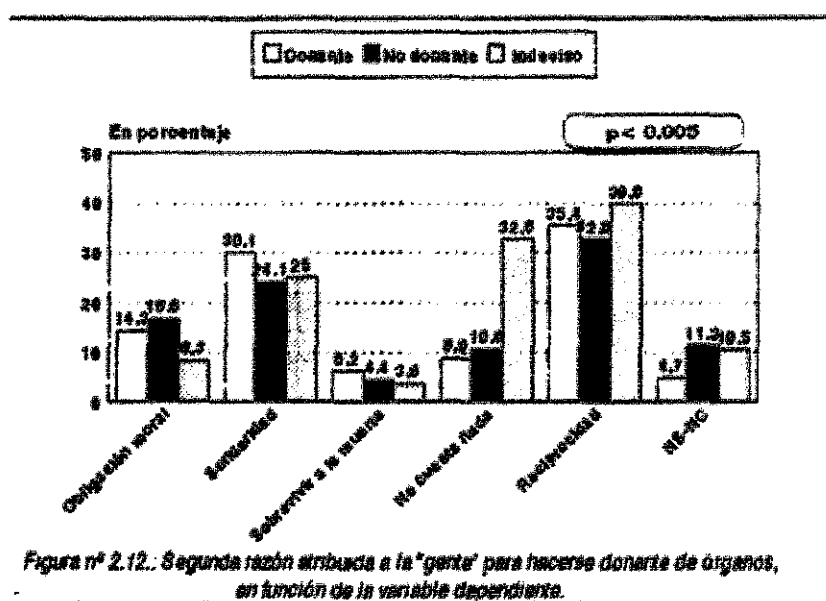
La primera razón que los encuestados perciben en la "gente" para donar órganos presenta una relación significativa ($p < 0,0003$) con la variable dependiente. La figura nº 2.11. presenta la distribución porcentual de las razones seleccionadas por los encuestados, en función de los tres grupos considerados en la variable dependiente.



El análisis realizado con ambas variables mostró que los "donantes" de órganos suelen elegir con mayor frecuencia de la esperada la razón de "por considerarlo una obligación moral" ($p < 0,01$) y con menor frecuencia la de "por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte" ($p < 0,01$). El grupo de encuestados "no donantes" tienden a seleccionar con mayor frecuencia de la esperada teóricamente la razón "por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte" ($p < 0,01$) y se muestra remiso a

considerar que la razón más importante de la gente para donar sea "por solidaridad" ($p < 0,05$). El grupo de "indecisos" reparte sus respuestas sin diferencias significativas con la distribución teórica, al azar.

La segunda razón que dan también muestra que los sujetos se diferencian en sus respuestas a esta variable, según la contestación que hayan dado a la pregunta que estamos considerando como variable dependiente. La figura nº 2.12. refleja los resultados obtenidos en este cruce de variables.



Las diferencias encontradas entre los grupos de la variable dependiente se deben principalmente a que el grupo de los "indecisos" perciben que el segundo motivo que tienen la "gente" para donar es "por hacer para los demás lo que se querría para sí, en tal situación" ($p < 0,001$) y "por que no cuesta nada" ($p < 0,01$).

Razones percibidas en la "gente" para no donar órganos.

En esta pregunta los entrevistados debían elegir y ordenar según la importancia que le adjudicaran, dos alternativas entre las que acompañaban a la pregunta.

La variable "razón más importante para que la "gente" no done órganos" se relaciona significativamente con la variable dependiente ($p < 0,0006$). La tabla nº 2.7. muestra los valores obtenidos en cada casilla del cruce de estas dos variables.

Frecuencia Porcentaje de filas	RAZÓN MÁS IMPORTANTE PARA NO DONAR ÓRGANOS							
Variable dependiente	No recibir compensación	No saber cómo hacerlo	Rechazar la mutilación	Miedo a una muerte aparente	Motivos religiosos	No molestarse	Enterrar familiar sin algún órgano	NS-NC
Donantes	65 9,8	176 26,5	86 13	173 26,1	34 5,1	59 8,9	39 5,9	32 4,8
No donantes	35 10,9	64 20	47 14,7	87 27,8	18 5,6	16 5	27 8,4	24 7,5
Indecisos	28 9,2	60 19,7	47 15,5	94 30,9	22 7,2	8 2,8	15 4,9	30 9,9
Estadísticos de contraste								
Prueba "Chi-Cuadrado"				Grados de Libertad		Significación estadística		
Pearson				14		0,00000		
Razón de Verosimilitud				14		0,00000		

Tabla nº 2.7.: Distribución de frecuencias y porcentajes de razones "más importantes" por las que la "gente" NO se hace donante órganos, en función de la variable dependiente.

Concretamente, según se desprende del análisis loglineal realizado con estas dos variables, los "donantes" consideran con mayor frecuencia de la esperada que la "gente" no dona órganos "por no saber cómo hacerlo" ($p < 0,05$) y "por no molestarse en hacer las gestiones necesarias". La distribución de respuestas de los "no donantes" no se diferencia significativamente de lo esperado. Por fin, el grupo de "indecisos", "no sabe" o "no contesta" la cuestión

planteada ($p < 0,01$) y tiende a no considerar que la alternativa "por no molestarse en hacer las gestiones necesarias" sea el principal motivo para que la gente no done órganos.

Razones personales para donar órganos.

Los motivos personales más importantes que la muestra encuestada declaró tener para donar órganos se relacionan de forma significativa con la disposición a donar órganos de familiares fallecidos sin que hayan dado a conocer su voluntad de donar o no sus órganos ($p < 0,00001$). La tabla nº 2.8. recoge la distribución de frecuencias y porcentajes del cruce de estas dos variables.

Frecuencia Porcentaje de filas	RAZÓN PERSONAL MÁS IMPORTANTE PARA DONAR ÓRGANOS						
Variable dependiente	Solidaridad	Cultura	Sobrevivir a la propia muerte	Evitar destrucción inútil de órganos	Reciprocidad	Deber moral	NS-NC
Donantes	329 49,5	6 0,9	15 2,3	62 9,3	181 27,3	59 8,9	12 1,8
No donantes	113 35,3	1 0,3	11 3,4	14 4,4	113 35,3	22 6,9	46 14,4
Indecisos	155 51	4 1,3	8 2,6	20 6,6	78 25,7	15 4,9	24 7,9
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE							
Prueba "Chi-Cuadrado"				Grados de Libertad		Significación estadística	
Pearson				12		0,00000	
Razón de Verosimilitud				12		0,00000	

Tabla nº 2.8.: Distribución de frecuencias y porcentajes de razones personales "más importantes" para hacerse donante órganos, en función de la variable dependiente.

La importante relación entre ambas variables, se debe, según el análisis realizado para analizar su tabla de contingencias, a las siguientes interacciones:

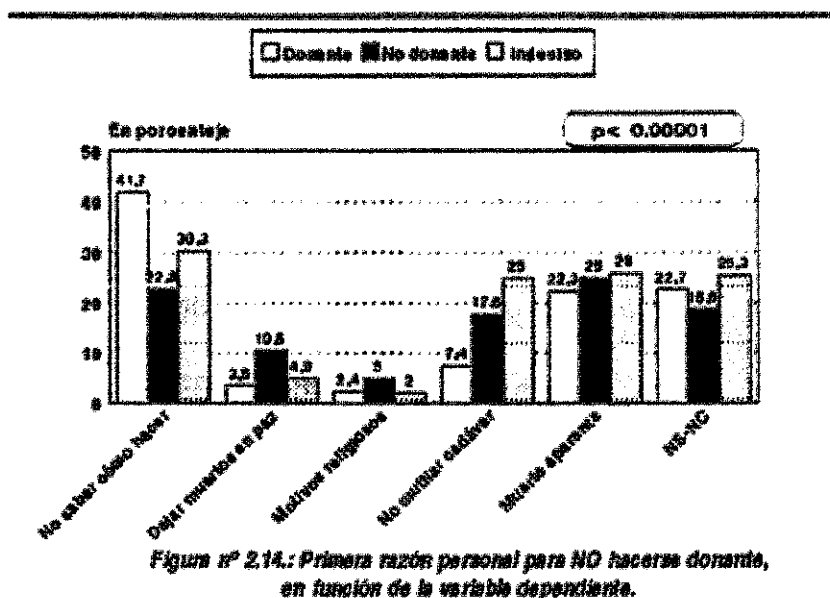
- Los encuestados "donantes" (personas que concederían el permiso de extracción) declaran de forma mayoritaria y significativa en relación a los valores esperados, que su razón más importante para donar es "por solidaridad" ($p < 0,05$). También, tienden a elegir las opciones "para evitar la destrucción inútil de los órganos" ($p < 0,01$) y "por deber moral" ($p < 0,05$).

- Los informadores "no donantes" (personas que no concederían el permiso de extracción) muestran una fuerte tendencia a no elegir ninguna opción de las presentadas ($p < 0,001$). Por otra parte, las razones "por solidaridad" y "para evitar la destrucción inútil de los órganos", principales motivos en los "donantes", son significativamente poco elegidas ($p < 0,05$, en ambos casos).

- Finalmente, en el grupo de "indecisos", la razón "por deber moral" fue seleccionada con menor frecuencia de la esperada ($p < 0,05$).

Razones personales para NO donar.

La relación entre la variable "razón personal más importantes para no donar" y la variable dependiente es altamente significativa ($p < 0,00001$), tal y cómo se muestra en la figura nº 2.13.



Esta importante asociación se centra, sobre todo, según el análisis loglineal realizado, en las siguientes interacciones entre valores de ambas variables:

- El grupo de "donantes" (aquellos que darían el permiso desconociendo la voluntad del fallecido sobre donar o no) considera que la principal razón para no donar es "por no saber cómo hacerlo" ($p < 0,001$). Por otra parte, elige significativamente menos las razones "por creer que hay que dejar los muertos en paz" ($p < 0,05$) y "por desagrado ante la idea de mutilación del cadáver".

- El grupo de "no donantes" (se opondría a la extracción de los órganos del familiar difunto, del que se desconoce su voluntad de donar o no) declara con mayor frecuencia de la esperada que no se haría

donante de órganos "por creer que hay que dejar a los muertos en paz" ($p < 0,01$) y "por desagrado ante la idea de mutilación del cadáver" ($p < 0,05$); además, muestran una clara tendencia a no considerar la razón "por no saber cómo hacerlo" ($p < 0,001$).

- Por fin, el grupo de "indecisos" no muestra preferencia estadísticamente relevante por ninguna razón.

Criterios para distribuir los órganos para trasplantes.

La relación entre esta variable y la variable dependiente es estadísticamente significativa ($p < 0,0003$). Todos los grupos de la variable dependiente consideran mayoritariamente que debería adjudicarse los órganos, "sólo por razones de seguridad y urgencia", como muestra la figura nº 2.14.

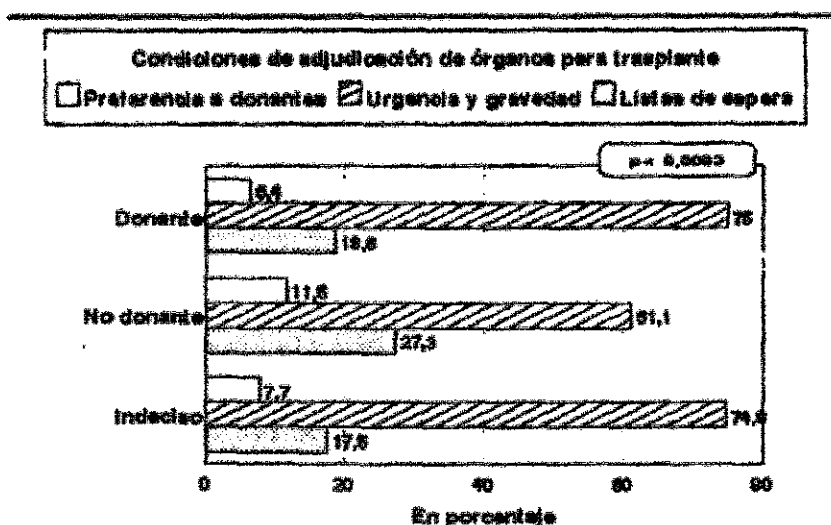


Figura nº 2.14.: Distribución porcentual de las respuestas de "donantes" "no donantes" e "indecisos" a la pregunta sobre qué criterios debían seguirse para adjudicar a los enfermos que necesitan un trasplante los siguientes criterios mediante donaciones.

No obstante, se detecta que los "donantes" tienden a considerar que deberían primar las razones de "seguridad y urgencia" ($p < 0,01$). El grupo

de "no donantes", a pesar de que seleccionaron también mayoritariamente esta razón, sin embargo, lo hicieron con una frecuencia significativamente menor de la esperada en una distribución de respuestas al azar, es decir, muestra una tendencia a no seleccionar esta opción ($p < 0,001$).

Condiciones para la concesión del permiso de extracción de órganos, por parte de la familia del potencial donante.

En este apartado se estudiarán las condiciones que los distintos grupos de la variable dependiente, partidarios de conceder el permiso, de negarlo o indecisos, consideran adecuadas para solicitar el permiso de extracción de familiares fallecidos.

La primera cuestión hace referencia a **cuándo** considera el informador "que se debe pedir permiso a la familia". Esta variable se relaciona significativamente con la variable dependiente ($p < 0,002$). La figura nº 2.15. muestra la distribución porcentual de las respuestas a esta pregunta, en función de los distintos grupos considerados en la variable dependiente.

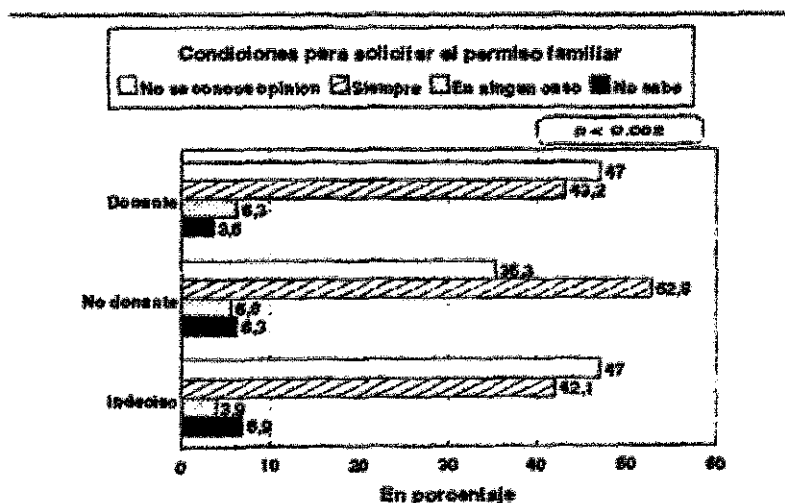


Figura nº 2.15.: Distribución porcentual de opiniones sobre cuándo se debe solicitar el permiso de extracción a la familia del donante, según los grupos de la variable dependiente.

El análisis loglineal muestra una distribución de respuestas escasamente diferente de que podría esperarse a la azar; no obstante, los "no donantes" tienden a no considerar que se debería solicitar el permiso "sólo cuando se desconoce la opinión del difunto" ($p < 0,05$).

Por otra parte, los distintos grupos de la variable dependiente difieren en la opinión sobre si sería "correcto que siendo donante (la persona fallecida), llegado el caso, sus familiares se opusieran" ($p < 0,00001$). La relación porcentual entre ambas variables se expone en la figura nº 2.16.

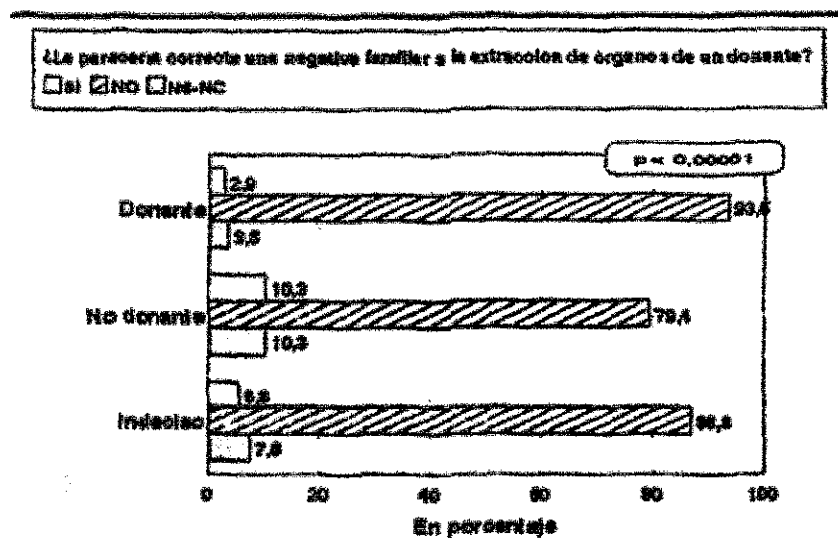


Figura nº 2.16.: Valoración de la negativa familiar a la extracción de órganos de una persona que haya expresado su voluntad de donar, según los distintos grupos de la variable dependiente.

A pesar de que todos los grupos consideran que no sería correcta la negativa familiar en las condiciones planteadas por la pregunta, el análisis loglineal detecta que existen dos tendencias de respuesta contrarias en "donantes" y "no donantes". Las personas que concederían el permiso de un familiar que hubiera fallecido sin dar a conocer su voluntad de donar o de no

donar, tienden a considerar que "no" sería correcto una negativa familiar en tales circunstancias ($p < 0,001$). Los "no donantes" consideran que "sí" sería correcto con mayor frecuencia que el resto de los grupos ($p < 0,001$). Estos resultados son congruentes con la posición adoptada por cada uno de estos grupos en la variable dependiente.

La controversia entre "donantes" y "no donantes" en relación a la concesión del permiso de extracción de familiares fallecidos, se agudiza en el caso de se les pregunte si "debería respetarse la negativa familiar aunque se conozca la opinión favorable del difunto para donar" ($p < 0,00001$), como puede apreciarse en la figura nº 2.17.

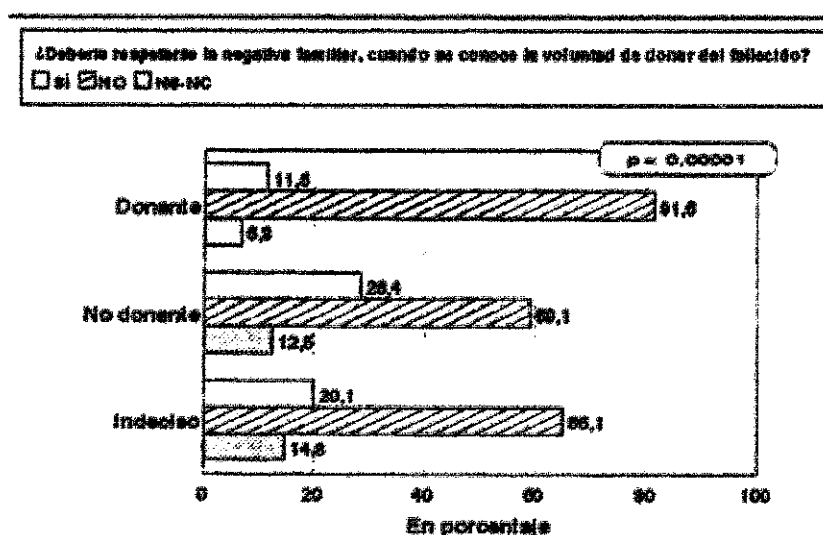


Figura nº 2.17.: Distribución porcentual de opiniones sobre el deber de respetar la negativa familiar si se conoce la voluntad de donar del difunto, según los grupos de la variable dependiente.

Los resultados del análisis loglineal a partir de la tabla de contingencia de estas dos variables pone de manifiesto que los "donantes" tenderían a considerar que "no se debería respetar la negativa familiar", en

tales condiciones ($p < 0.001$). Los "no donantes", por su parte mostrarían una tendencia a considerar correcta esa posibilidad ($p < 0.001$).

Los distintos grupos que hemos considerado en la variable dependiente mantienen opiniones diferentes en relación a la posibilidad de que se promulgase una legislación "que permitiera al Estado disponer siempre de los órganos de los difuntos, sin contar con ningún permiso previo" ($p < 0.00001$). La distribución de estas opiniones en los grupos de "donantes", "no donantes" e "indecisos" se recoge gráficamente en la figura nº 2.18.

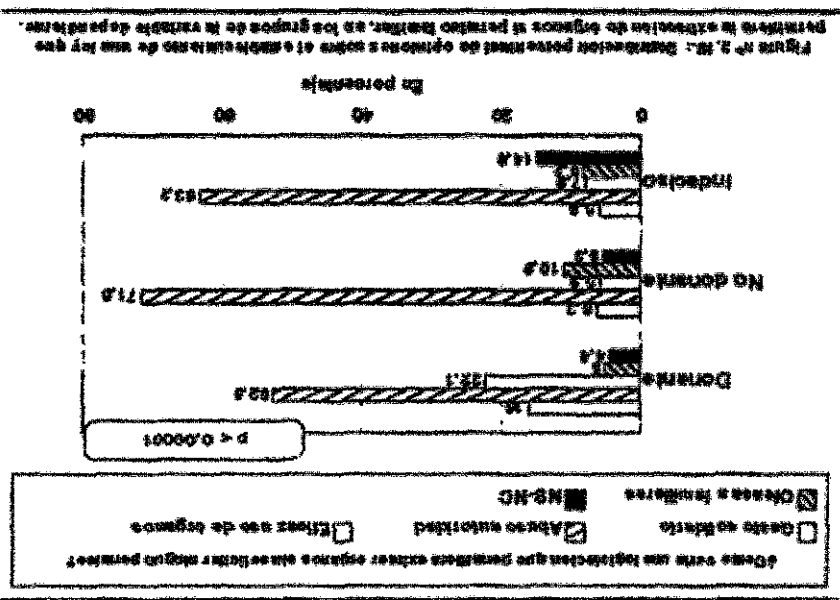


Figura nº 2.18.- Distribución porcentual de opiniones sobre el momento adecuado de una ley que permitiera la extracción de órganos sin permiso familiar, en los grupos de la variable dependiente.

variables:

La significación estadística de esta relación se debe, según el análisis loglineal, a las siguientes interacciones entre valores de ambas

- Los "donantes" consideran con una mayor frecuencia de los esperado, que una legislación de las características señaladas podría considerarse "un gran gesto de solidaridad colectiva" ($p < 0,001$) y un "modo eficaz de no desperdiciar los órganos que se pierden inútilmente" ($p < 0,0001$).

- Los "no donantes" declararon que este tipo de legislación puede considerarse un "abuso de autoridad" ($p < 0,001$) o una "ofensa a los familiares del difunto" ($p < 0,001$).

- Una parte significativa de "indecisos" considera que el establecimiento de una ley que permitiera al Estado disponer de los órganos del difunto sería "un modo eficaz de no desperdiciar los órganos que se pierden inútilmente" ($p < 0,05$); otra parte de ellos, escogen con una frecuencia mayor de la esperada la opción "no sabe-no contesta" ($p < 0,01$).

Relación de la variable dependiente con la "disposición a la donación personal de órganos".

La disposición a la donación personal de órganos se halla fuertemente asociada a la variable dependiente ($p < 0,00001$), como puede apreciarse gráficamente en la figura nº 2.19.

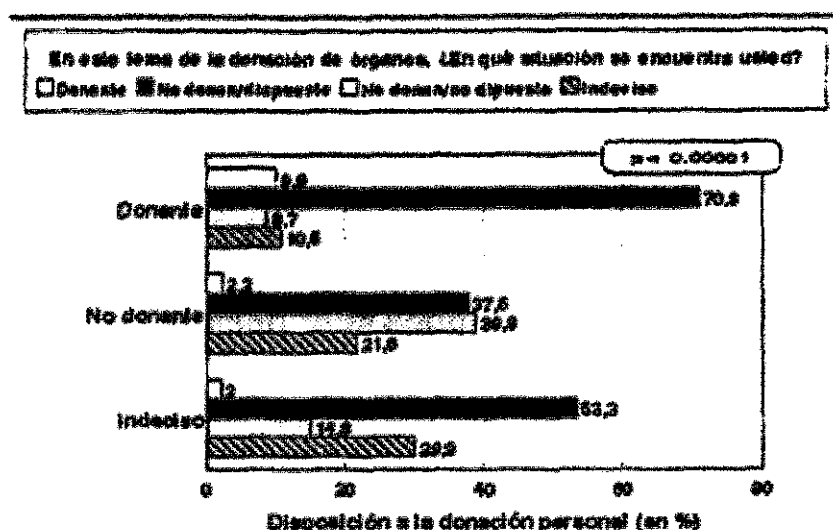


Figura n° 2.19.: Distribución porcentual de las respuestas a la pregunta "situación personal ante la donación de órganos", en los distintos grupos de la variable dependiente

Los resultados del análisis loglineal de estas dos variables muestra las siguientes tendencias de respuesta, estadísticamente significativas:

- El grupo de personas que donaría los órganos de familiares fallecidos, de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar, tienden a ser "donantes" de órganos ($p < 0,001$) o "no donantes, pero dispuestos a serlo" ($p < 0,001$); además, tienden a no elegir la opción "no soy donante, ni estaría dispuesto a serlo" ($p < 0,001$).
- El grupo de personas que NO donaría los órganos de familiares fallecidos en las citadas circunstancias muestra una significativa tendencia a escoger con mayor frecuencia de la esperada la opción "no soy donante, ni estaría dispuesto a serlo" ($p < 0,001$); también escoge con menor frecuencia las opciones "soy donante" ($p < 0,001$) y "no soy donante, pero estaría dispuesto a serlo" ($p < 0,001$).

- Finalmente, las personas que "no saben" que harían en esa situación o que "no contestan" suelen elegir las mismas opciones en la variable "disposición a la donación personal de órganos" ($p < 0,001$).

Relación entre la variable "donación de sangre" y la variable dependiente.

La relación entre la variable dependiente y la variable "donación de sangre" queda reflejada en la figura nº 2.20., donde puede observarse que en todos los grupos predominan las personas que no son donantes de sangre.

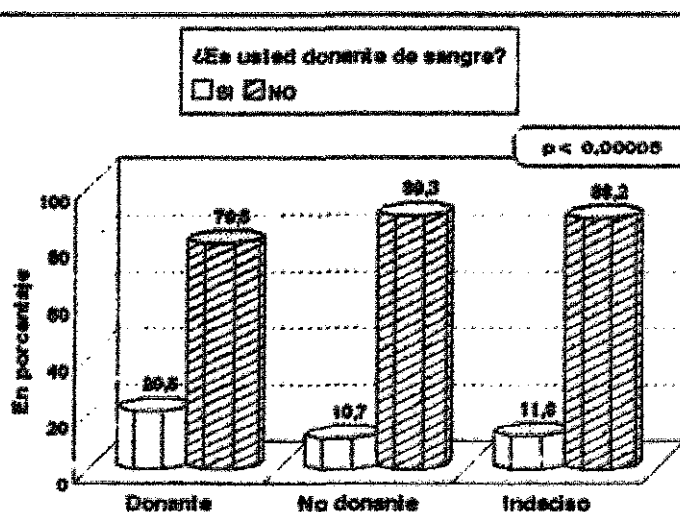


Figura nº 2.20.: Distribución porcentual de los donantes de sangre, en función de la variable dependiente.

No obstante, el análisis loglineal indicó que las personas encuestadas que se mostraron partidarias de donar órganos de familiares tienden a ser donantes de sangre ($p < 0,001$); además, suele haber menos "no

donantes de sangre" de lo que cabría esperar ($p < 0,05$). Por otra parte, hay un número mayor del esperado de personas que no son donantes de sangre entre las que declararon que no facilitarían el permiso de extracción ($p < 0,05$).

Relación de la variable dependiente con otros "episodios de donación de órganos" de familiares fallecidos.

Este último apartado tiene como objetivo averiguar qué tipo de relación existe entre la variable dependiente y los dos restantes episodios de donación de órganos de familiares fallecidos, en los que se varía la información que se tiene sobre la voluntad de donar o de no donar del difunto.

En uno de estos episodios, los familiares del difunto conocen que era favorable a donar sus órganos. Esta variable se relaciona significativamente con la variable dependiente ($p < 0,00001$), como queda reflejado en la figura nº 2.21. Esta relación se concreta en que las personas que están dispuestas a conceder el permiso, desconociendo la voluntad del difunto declaran estar también dispuestas a facilitar la donación de un familiar partidario de donar sus órganos ($p < 0,001$). Por otra parte, los sujetos del grupo de "no donantes" de la variable dependiente muestran una mayor tendencia a no conceder el permiso cuando el familiar fallecido desea donar sus órganos.

Concesión de permiso de familiares fallecidos que eran FAVORABLES a donar sus órganos.

□ Donante ■ No donante

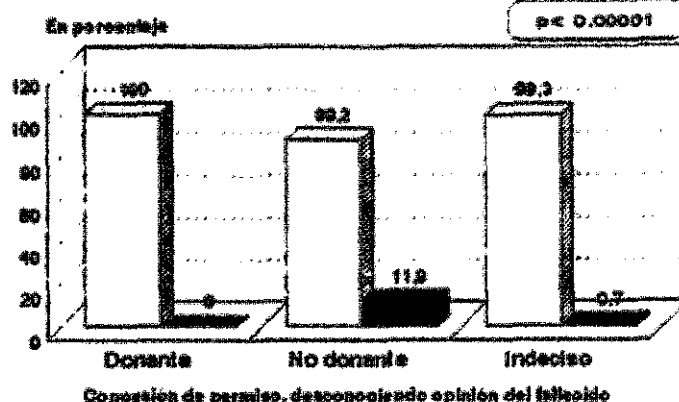


Figura nº 2.21.: Relación porcentual entre la variable dependiente y la variable "concesión del permiso de donación de un familiar del que se conoce que ERA FAVORABLE a donar sus órganos."

Por fin, la variable dependiente también se halla relacionada significativamente ($p < 0.00001$) con el restante episodio de donación, aquel en que se conoce que el familiar fallecido **no era favorable** a donar sus órganos. Como puede apreciarse en la figura nº 2.22., todos los grupos declaran mayoritariamente que respetarían la opinión del difunto y no concederían el permiso.

Concesión de permiso de familiares fallecidos que NO ERAN FAVORABLES a donar sus órganos.

□ Donante ■ No donante □ Indeciso

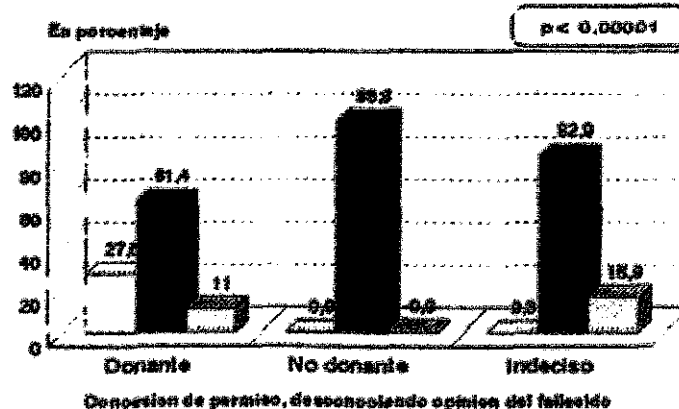


Figura nº 2.22.: Relación porcentual entre la variable dependiente y la variable "concesión del permiso de un familiar del que se conoce que NO ERA FAVORABLE a donar sus órganos".

Sin embargo, hemos detectado que los "donantes" en el episodio de donación que plantea la variable dependiente eligen con mayor frecuencia de la esperada convertirse también en facilitadores del permiso cuando el familiar no deseaba ser donante ($p < 0,001$). Inversamente, los que se declaran "no donantes" en uno de estas variables, tienden a denegar el permiso en la otra ($p < 0,001$). Esta tendencia también se muestra entre los miembros del grupo de "indecisos" de ambas variables ($p < 0,001$).

1.4.3. Disposición a donar órganos de familiares fallecidos, sabiendo que su opinión era favorable a la donación de órganos.

Esta cuestión, considerada como variable dependiente, refleja una situación menos habitual que el desconocimiento de la opinión del difunto. No obstante, resulta de indudable utilidad averiguar las variables y factores asociados a la disposición de la muestra encuestada a conceder el permiso de extracción de órganos, en el caso de se conociese la voluntad favorable del fallecido a donar sus órganos.

Los resultados generales muestran una disposición casi unánimemente positiva a favorecer la donación de órganos en esta situación; en concreto un 93% de los encuestados declararon que "sí" daría permiso para que "pudiesen utilizar los órganos de un familiar fallecido, sabiendo que él era favorable a donar sus órganos". Sólo un 3% se opondrían y un 4% responde que "no sabe" o "no contesta". Eliminando a los sujetos que no supieron o no quisieron contestar, el porcentaje de personas favorable a conceder el permiso asciende al 96,9 (figura nº 3.1.)

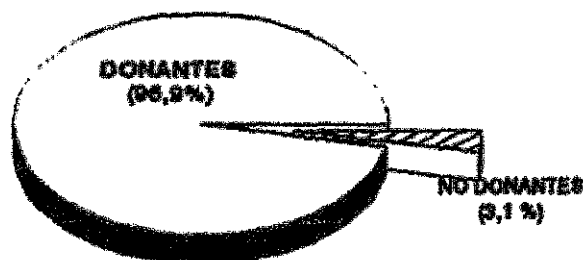


Figura nº 3.1.: Distribución porcentual de respuestas a la pregunta, "¿Concedería el permiso de extracción de los órganos de un familiar, sabiendo que ERA FAVORABLE a donar?" (se excluyen las respuestas "no sabe" y "no contesta")

Esta convergencia de opiniones favorable a la donación determina en gran parte que haya un reducido número de variables que tengan una influencia significativa en esta variable dependiente. Dado el carácter de variable dicotómica de la variable dependiente, se ha utilizado para el análisis de las tablas de contingencia entre variables que hayan mostrado un relación significativo una variante de los modelos "loglineales" llamada "modelos logit", que proporciona una información más parsimoniosa sobre los datos. En este tipo de modelos, la variable dependiente no es ya el número de observaciones existente en cada casilla, sino la razón entre la frecuencia de ocurrencia de un suceso y la frecuencia de su no ocurrencia. Los modelos logit son análogos en su desarrollo a los modelos loglineales y proporcionan estadísticos similares; ahora bien, el parámetro que se calcula en los modelos logit no estima el grado en que los individuos se concentran más o menos en una determinada celda,

sino el grado en que un suceso es más probable que su opuesto según los diferentes valores de otras variables.

La variable "comunidad autónoma", como puede verse en la tabla nº 3.1. , se relaciona de forma significativa ($p < 0,05$) con la disposición a donar órganos de familiares, conociendo su opinión favorable a donar órganos.

AND	ARA	AST	CAN	CLM	CLE	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	VAS	RIO
95,4 (208)	100 (44)	95,1 (39)	100 (16)	92,3 (48)	96,7 (87)	98,5 (203)	96,1 (124)	94,9 (37)	94,6 (88)	98,8 (165)	100 (33)	100 (21)	100 (76)	81,8 (9)
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE														
"Chi cuadrado"		Grados de libertad							Significación					
Pearson		14							.02180					
Razón de Verosimilitud		14							.01754					
<u>Significado de las abreviaturas.</u> AND: Andalucía; ARA: Aragón; AST: Asturias; CAN: Cantabria; CLM: Castilla-La Mancha; CLE: Castilla y León; CAT: Cataluña; VAL: Comunidad valenciana; EXT: Extremadura; GAL: Galicia; MAD: Madrid; MUR: Murcia; NAV: Navarra; VAS: País Vasco; RIO: La Rioja.														
Tabla nº 3.1. : Porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta de si donaría órganos de un familiar fallecido, si conociese su opinión favorable a donar órganos. Entre paréntesis figuran las frecuencias para cada categoría.														

El resultado más significativo del análisis loglineal realizado para estudiar la tabla de contingencia de ambas variables es que los encuestados

que pertenecen a la comunidad de "La Rioja" presentan una tendencia mayor a no conceder el permiso, a pesar de que conozcan la posición favorable del difunto hacia la donación.

Ninguna de las restantes variables demográficas ("edad", "sexo", "clase social", "estado civil", "estudios", "ocupación laboral preferente" e "hijos") presenta una relación significativa con la variable dependiente.

Información general que posee la muestra sobre donación y trasplante de órganos.

La información general que poseen los encuestados sobre donación y trasplantes sólo resulta significativamente relacionada con la variable postulada como dependiente en dos aspectos ("eficacia de los trasplantes" y "consideración de este tratamiento como un lujo propio de países más ricos que el nuestro").

Las creencias de las personas sobre la "eficacia de los trasplantes de órganos" también tiene una influencia significativa en su disposición a donar órganos de familiares de los que conoce su opinión favorable (figura nº 3.2.).

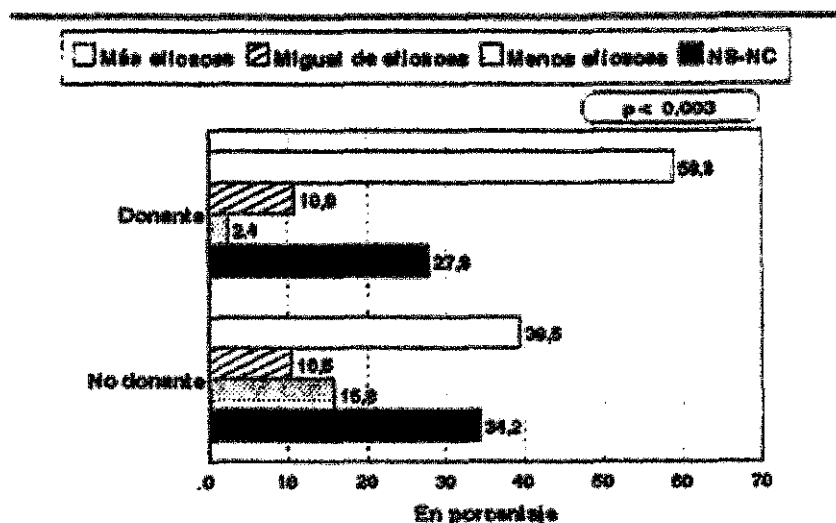


Figura n° 3.2. Distribución porcentual de la variable "eficacia del trasplante en relación a otros tratamientos", según hayan declarado ser partidarios o no de donar órganos de un familiar afectado, considerando que ERA FAVORABLE a donar sus órganos.

A pesar de que, en términos generales, todos los encuestados concederían el permiso en la situación que plantea la variable dependiente, el análisis loglineal pone de manifiesto que hay un número significativamente superior de "donantes" ($p < 0,01$) que consideran los trasplantes como "más eficaces que otros tratamientos alternativos"; mientras que es más frecuente entre los "no donantes" la opinión de que son "menos eficaces" ($p < 0,001$).

Las personas que consideran el trasplante de órganos un "lujo de países más ricos que el nuestro" tienden a declarar más frecuentemente (tabla n° 3,2) que "no" concederían el permiso de donación ($p < 0,05$).

Frecuencia Porcentaje fila Porcentaje columna	En su opinión, los trasplantes de órganos son un lujo de otros países más ricos que el nuestro.	
Variable dependiente	Sí	No
Donantes	39 3,3 % 91,7 %	1159 96,7 97,2
No donantes	4 10,5 % 9,3 %	34 89,5 % 2,8 %
ESTADÍSTICO DE CONTRASTE		
Prueba "Chi-cuadrado"	Grados de Libertad	Nivel de significación
Pearson	3	0,00001
Razón de Verosimilitud	3	0,00208

Tabla n° 3.2.: Relación entre la variable "consideración del trasplante como un lujo de países más ricos que el nuestro" y la variable dependiente.

El análisis loglineal muestra que los "no donantes" tienden a opinar más frecuentemente que los "donantes" que el trasplante es un lujo de países más ricos que el nuestro ($p < 0,05$); por su parte, los "donantes" no están de acuerdo con esta afirmación en mayor proporción que los "no donantes" ($p < 0,05$).

Las actitudes hacia los donantes de órganos (sean familiares o no) diferencian significativamente a los sujetos "donantes" de los "no donantes".

Otra de las variables que influyen significativamente ($p < 0,00001$) en la variable dependiente objeto de análisis, es la "opinión sobre los donantes de órganos". Como puede observarse (tabla n° 3.3.), parece existir, a pesar de la actitud generalmente positiva que observa en todos los grupos,

una tendencia significativamente mayor a negar el permiso para utilizar los órganos de familiares fallecidos en los sujetos que tienen una opinión "mala" o "indiferente" de los donantes de órganos, respecto de los sujetos que declaran tener una opinión "muy buena" o "buena".

1) Frecuencia 2) Porc. fila 3) Porc. columna		OPINIÓN SOBRE LOS DONANTES DE ÓRGANOS.				
VARIABLE DEPENDIENTE		May buena	Buena	Mala	Indiferente	Total Fila
DONANTES	1)	842	316	0	28	1186
	2)	71,0 %	26,6 %	0,0 %	2,4	
	3)	97,8 %	96,6 %	0,0 %	82,4 %	96,9%
NO DONANTES	1)	19	11	2	6	38
	2)	50,0 %	28,9 %	5,3%	15,8 %	
	3)	2,2 %	3,4 %	100,0%	17,6 %	3,1%
Total Columna		861 70,3 %	327 26,7 %	2 0,2 %	34 2,8 %	1224 100 %
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE						
"Chi-Cuadrado"			Grados de libertad		Significación	
Pearson			3		0,00000	
Razón de Verosimilitud			3		0,00000	

Tabla n° 3.3.: Distribución de frecuencias y porcentajes de la disposición a donar órganos, en función de la variable "actitud hacia el donante de órganos"

El análisis loglineal pone de manifiesto que hay un número significativamente mayor de "donantes" que de "no donantes", que declaran tener una opinión "muy buena" ($p < 0,001$) o "buena" ($p < 0,001$) de los donantes de órganos. Los "no donantes" muestran una tendencia significativamente mayor a tener una "mala" opinión de los "donantes".

También la actitud hacia un familiar que sea donante de órganos presenta una influencia significativa ($p < 0,00001$) en la concesión del permiso familiar, cuando se conoce la opinión favorable hacia la donación del fallecido; en este caso, los sujetos que opina "mal" o "indiferente" de los familiares donantes negarían el permiso con mayor frecuencia que los que opinan "bien" de la posibilidad de que un "familiar suyo fuera donante de órganos". La distribución porcentual de las actitudes hacia los familiares donantes, según la disposición positiva o negativa a conceder el permiso de un familiar fallecido, del que se conoce que era favorable a donar órganos aparece representada gráficamente en la figura nº 3.3.

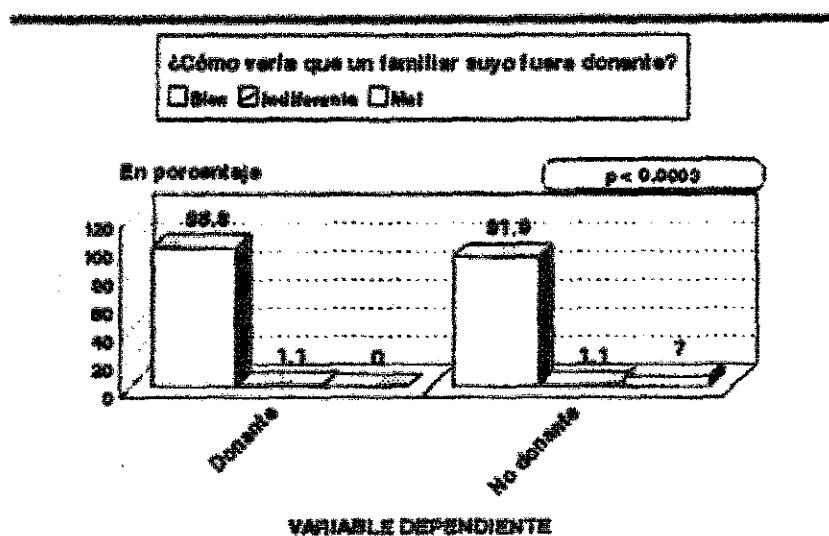


Figura nº 3.3: Distribución porcentual de la variable "opinión que poseen los encuestados sobre un familiar donante de órganos, en función de la variable dependiente.

El análisis loglineal confirma que existe un número significativamente mayor de "donantes" que de "no donantes" que vería "bien" que un familiar fuese donante de órganos ($p < 0,001$). Los "no donantes" verían

"mal" un familiar donante con mayor frecuencia que los sujetos que se muestran dispuestos a facilitar el permiso de extracción en el caso de que el familiar fallecido fuese donante de órganos ($p < 0,001$).

Otra de las variables que muestra una influencia significativa en la variable dependiente considerada en este apartado es la "importancia de la religión" ($p < 0,05$). Siempre dentro de una tónica general de resultados altamente positivos hacia la donación, en todas las categorías, los sujetos que consideran que la religión tiene "mucho" importancia en sus vidas presentan un número de negativas a la concesión del permiso considerablemente mayor que la personas que consideran que la religión tiene "bastante", "poca" o "ninguna" importancia en sus vidas (tabla nº 3.4.)

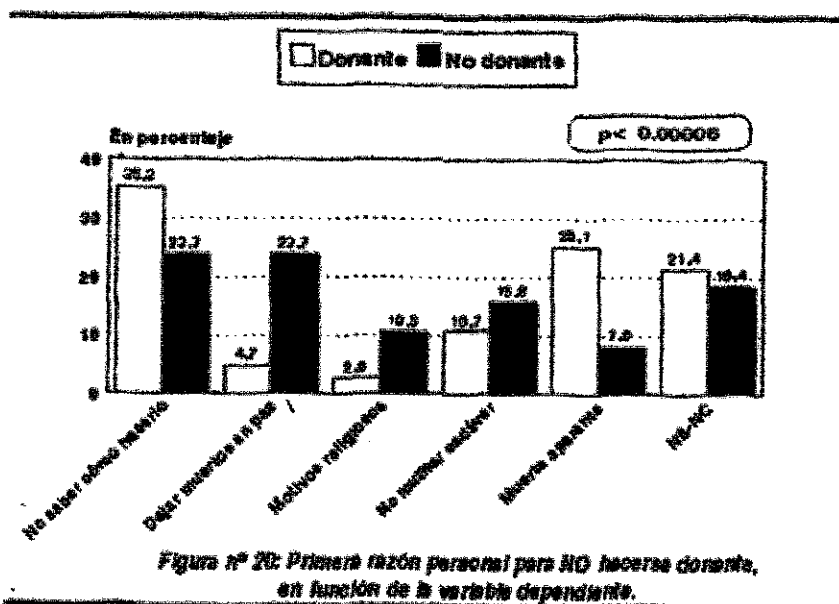
1) Frecuencia 2) Porc. fila 3) Porc. columna		OPINIÓN SOBRE LOS DONANTES DE ÓRGANOS.				
DISPOSICIÓN A DONAR		Mucha	Bastante	Poca	Ninguna	Frec. y porc. de las filas
SÍ	1)	239	403	350	177	1169
	2)	20,4 %	34,5 %	29,9 %	15,1 %	
	3)	93,7 %	97,8 %	97,0 %	98,9 %	
NO	1)	16	9	11	2	38
	2)	42,1 %	23,7 %	28,9 %	5,3 %	
	3)	6,3 %	2,2 %	3,0 %	1,1 %	
Frecuencia y porcentajes de las columnas		255 21,1 %	412 34,1 %	361 29,9 %	179 14,8 %	1207 100 %
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE						
"Chi-Cuadrado"			Grados de libertad		Significación	
Pearson			3		0,00000	
Razón de Verosimilitud			3		0,00000	

Tabla nº 3.4.: Relación entre la variable dependiente y la variable "importancia de la religión en su vida".

El análisis loglineal con estas categorías confirma plenamente las personas que no donarían los órganos de un familiar que era favorable a realizar esta cesión tienden a considerar con mayor frecuencia que los "donantes" que la religión tiene "mucho" importancia en sus vidas ($p < 0,01$).

Razones para donar y para no donar órganos.

Otro de los aspectos que han diferenciado a "donantes" de "no donantes" de otras variables dependientes, han sido las razones personales y de la "gente" para donar y para no donar órganos. En este caso, solamente las "razones personales para no donar" son significativamente diferentes ($p < 0,00006$), según los sujetos encuestados declaren que concederían o no el permiso para utilizar los órganos de sus familiares fallecidos (figura nº 3.4.).



El análisis loglineal pone de manifiesto las siguientes diferencias significativas entre los sujetos que, conociendo que un familiar era favorable a donar sus órganos, darían o no el permiso de extracción, en relación a las razones personales más importantes para no donar:

- La "donantes" tienden a elegir las razones "por no saber cómo hacerlo" y "por miedo ante la posibilidad de una muerte sólo aparente" más frecuentemente que los "no donantes" ($p < 0,05$ y $p < 0,01$, respectivamente).

- Los "no donantes" eligen con una frecuencia significativamente mayor que los "donantes" las razones personales para la no donar, "por creer que hay que dejar a los muertos en paz" ($p < 0,001$) y "por motivos religiosos" ($p < 0,01$).

Las mayores diferencias entre "donantes" y "no donantes" se encuentran en las opiniones que mantienen sobre las condiciones para la concesión del permiso extracción de órganos.

En primer lugar, "donantes" y "no donantes" se diferencian significativamente ($p < 0,00001$) en "si considerarían correcto que siendo usted donante, llegado el caso, sus familiares se opusieran a la extracción de órganos?". Como puede apreciarse en la tabla nº 3.5., el 34,3% de las personas que declaran que "no" concederían el permiso de un familiar fallecido, a pesar de saber que era favorable a donar sus órganos, consideran que sería correcto

que la familia de un donante se opusiese a la extracción de los órganos; esta opinión es compartida por un 4,4% de las personas que darían el permiso de extracción. Estos resultados son estadísticamente significativos ($p < 0,00001$).

VARIABLE DEPENDIENTE	¿Le parecería correcto que siendo usted donante, llegado el caso, sus familiares se opusieran a la extracción de órganos?	
	SI	NO
DONANTES (daría permiso)	4,4%	96,6%
NO DONANTES (no daría permiso)	34,3%	65,7%
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE		
"Chi cuadrado"	Grados de Libertad	Significación
Pearson	1	0,00000
Razón de Verosimilitud	1	0,00000

Tabla nº 3.5.: Porcentaje de donantes y no donantes que considerarían correcta la oposición de su familia a la extracción de órganos en el caso de que fuesen donantes de órganos.

La figura nº 3.5. muestra gráficamente la relación entre ambas variables.

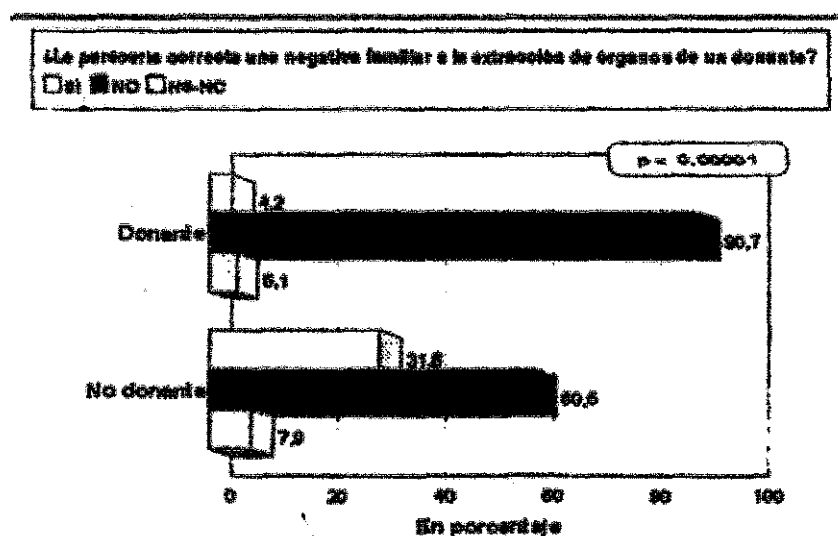


Figura nº 3.5.: Valoración de la negativa familiar a la extracción de órganos de una persona que haya expresado su voluntad de donar, según "donantes" y "no donantes".

El análisis loglineal prueba que los "no donantes" tienden a considerar correcta la negativa familiar en la situación que plantea la pregunta con mayor frecuencia que los "donantes" ($p < 0,001$); inversamente, estos últimos considerarían incorrecta esa eventualidad en una proporción significativamente mayor que los "no donantes" ($p < 0,001$).

En segundo lugar, y en la misma línea de resultados, el 47,4% de las personas que se negaría a conceder el permiso de donación de un familiar fallecido, favorable a la donación consideran que se debería "respetarse la negativa familiar aunque se conozca la opinión favorable del difunto para donar; este dato contrasta fuertemente con el de que sólo el 16,3% de partidarios de conceder el permiso de donación que opina de la misma manera (figura nº 3.6.). Ambas variables se relacionan significativamente ($p < 0,00001$).

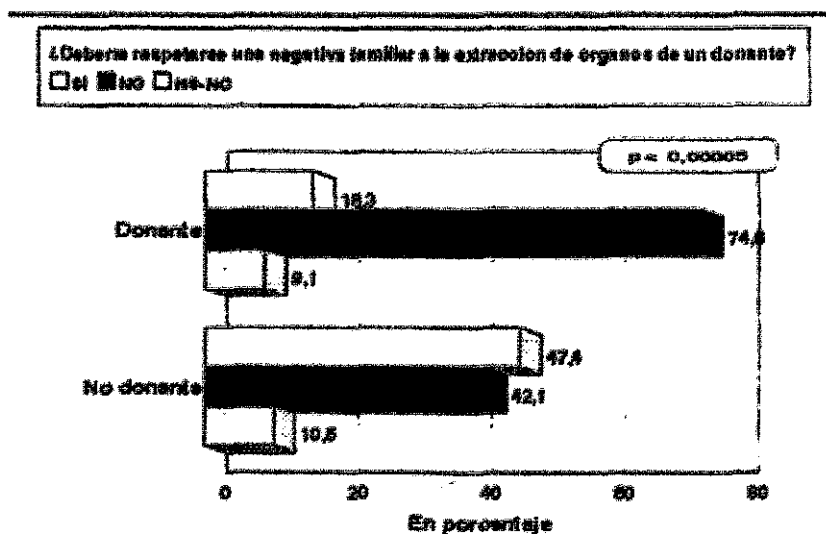


Figura nº 3.6.: Respeto de la negativa familiar a la extracción de órganos de una persona que haya expresado su voluntad de donar, según "donantes" y "no donantes".

El análisis loglineal pone de manifiesto que un número significativamente mayor de "no donantes" consideran que debería respetarse la negativa familiar ($p < 0,001$). Inversamente, una parte significativamente superior de "donantes" que de "no donantes", considera que "no" se debería respetar ($p < 0,001$).

Las relaciones que mantiene la variable dependiente considerada en este apartado con el resto de variables dependientes son muy estrechas. Parece, pues, como veremos a continuación una tendencia a que los "donantes" en la situación planteada en la variable dependiente sean también "donantes" en las situaciones planteadas en otras variables.

En primer lugar, la disposición a donar los propios órganos se relaciona significativamente con la concesión del permiso de extracción, cuando el familiar era favorable a donar sus órganos ($p < 0,00001$). Esta relación se encuentra representada gráficamente en la figura nº 3.7.

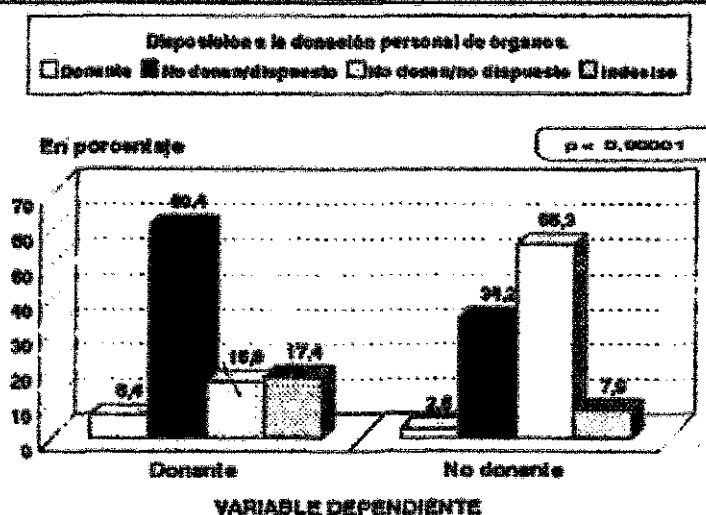
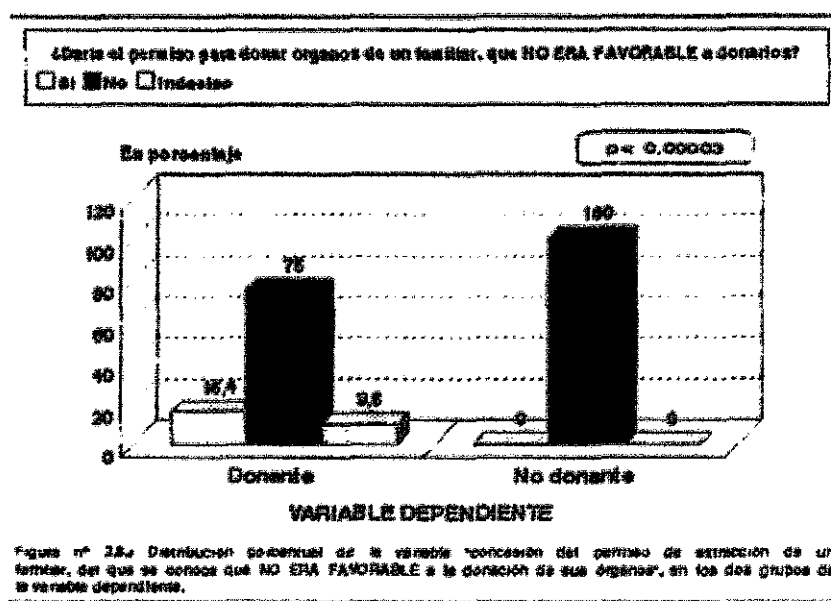


Figura nº 3.7.: Distribución porcentual de la variable "donación personal de órganos, en función de los grupos de "donantes" y de "no donantes" de la variable dependiente.

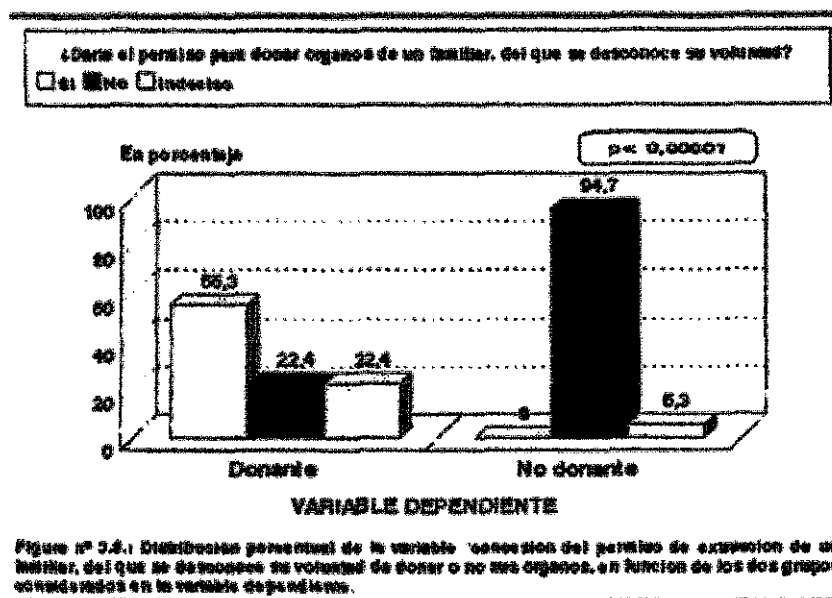
La relación entre ambas variables se centra especialmente en el hecho de que en el grupo de "no donantes, ni dispuestos a serlo", se encuentra un número significativamente mayor de personas que no concederían el permiso de donación de un familiar que haya expresado sus deseos de donar sus órganos ($p < 0,001$).

En segundo lugar, la variable dependiente también se halla asociada a la variable "concesión del permiso de extracción de un familiar que no era favorable a donar sus órganos" ($p < 0,00003$). La relación entre ambas variables queda reflejada en la figura nº 3.8.



El resultado más significativo de la relación entre ambas variables es que mayoritariamente los "no donantes" denegarían el permiso de extracción de un familiar, del que conociesen su oposición a donar los órganos ($p < 0,001$).

En tercer lugar, como puede apreciarse en la figura nº 3.9., la concesión del permiso de extracción de familiares fallecidos, cuando eran favorables a la donar sus órganos y cuando se desconoce su opinión, suponen dos episodios de donación fuertemente asociados ($p < 0,00001$).



La significación de esta relación entre ambas variables, se centra fundamentalmente en dos hechos:

- Los "donantes" en un caso tienden a conceder el permiso de extracción en el otro supuesto de forma más frecuente que los "no donantes" ($p < 0,01$)
- Las personas que se niegan a conceder el permiso cuando el familiar era partidario de donar sus órganos también tiende a negarse a concederlo cuando se desconoce su voluntad, más frecuentemente que los partidarios de dar el permiso ($p < 0,001$).

1.4.4. Disposición a donar órganos de familiares fallecidos, sabiendo que NO ERA FAVORABLE a donar sus órganos.

Esta última variable dependiente representa un episodio de donación de órganos poco frecuente; no obstante, su verdadero interés recae en averiguar hasta qué punto las opiniones y actitudes personales acerca de la donación de órganos pueden llegar a prevalecer sobre la voluntad de no donar del familiar fallecido. Los resultados generales ponen de manifiesto, una vez más, la tendencia general de la muestra encuestada a respetar la voluntad conocida del difunto (figura 4.1.).

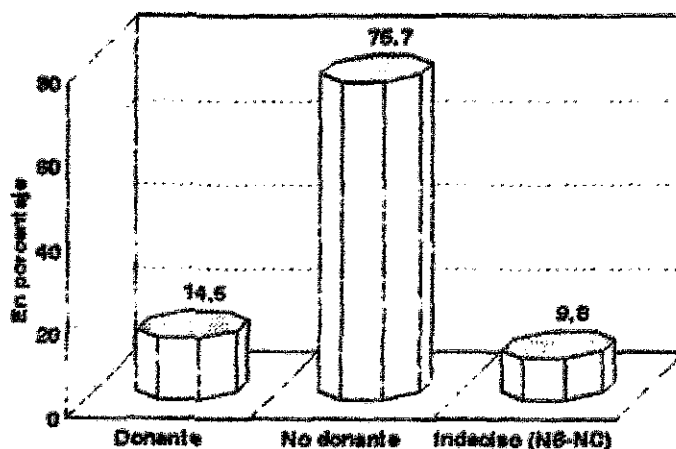


Figura nº 4.1.: Distribución porcentual de las respuestas de la muestra encuestada a la pregunta de: ¿Daría usted permiso para que pudiesen utilizar los órganos de un familiar fallecido, sabiendo que NO ERA FAVORABLE a donar sus órganos?

Un primer dato que llama la atención se refiere a la existencia

entre los encuestados de opiniones más diversas que en el episodio de donación, cuando el fallecido era favorable a donar sus órganos. En este último caso, sólo el 3% de los sujetos declararon que no respetarían la voluntad de donar del fallecido; por otra parte, el 4% de la muestra eligió las opciones "no sabe" o "no contesta".

Estos datos contrastan con los resultados generales del episodio de donación que estamos analizando; el 14,5% de los informadores declararon que donarían los órganos del familiar fallecido, a pesar de que conociesen su voluntad negativa al respecto; por otra parte, casi un 10% de la muestra dejó patente su indecisión.

Variables demográficas.

Un buen número de variables contenidas en el cuestionario se relacionan significativamente con la variable dependiente. La primera de ellas que vamos a analizar es la "comunidad autónoma". La región en la que residen los encuestados produce diferencias en la disposición a donar los órganos de un familiar fallecido, manifiestamente partidario de no donar sus órganos ($p < 0,00000$), como muestra la tabla nº 4.1.

AND	ARA	AST	CAN	CLM	CLE	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	VAS	RIO
11,9 (22)	4,3 (8)	3,2 (6)	2,2 (4)	4,9 (9)	5,9 (11)	23,8 (44)	17,3 (32)	1,6 (3)	5,4 (10)	11,9 (22)	2,7 (5)	2,7 (5)	0,5 (1)	1,6 (3)
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE														
"Chi cuadrado"		Grados de libertad						Significación						
Pearson		28						.00021						
Razón de Verosimilitud		28						.00000						
Significado de las abreviaturas. AND: Andalucía; ARA: Aragón; AST: Asturias; CAN: Cantabria; CLM: Castilla-La Mancha; CLE: Castilla y León; CAT: Cataluña; VAL: Comunidad Valenciana; EXT: Extremadura; GAL: Galicia; MAD: Madrid; MUR: Murcia; NAV: Navarra; VAS: País Vasco; RIO: La Rioja.														
Tabla nº 4.1. : Porcentaje de respuestas afirmativas a la pregunta de si donaría órganos de un familiar fallecido, si conociese que NO ERA FAVORABLE a donar sus órganos. Entre paréntesis figuran las frecuencias para cada categoría.														

El análisis loglineal pone de manifiesto que existen en algunas comunidades una mayor tendencia a conceder el permiso de donación de órganos, sin respetar la opinión negativa del familiar fallecido. No obstante, los resultados de este tipo de análisis hay que tomarlos con grandes dosis de precaución, debido a la escasez de observaciones que se acumulan en algunas casillas, consecuencia directa del número de valores (quince) de la variable "Comunidad". A pesar de esta limitación, es posible hablar de la existencia de que los habitantes de algunas comunidades muestran tendencias estadísticamente significativa hacia la concesión o denegación del permiso. Así por ejemplo, los informadores que residen en Andalucía declararon que concederían el permiso de extracción contra de la voluntad de su familiar con

una frecuencia significativamente menor de lo esperado ($p < 0,05$). También en el País Vasco se obtuvo este resultado con una mayor significación estadística ($p < 0,01$); además, se pudo estimar que en esta Comunidad existe una importante tendencia a no conceder el permiso de extracción en contra de la voluntad de los familiares ($p < 0,01$). Los encuestados que viven en Cataluña y en la Comunidad Valencia manifestaron que no estaban de acuerdo con la denegación del permiso ($p < 0,01$ y $p < 0,001$, respectivamente). Por fin, ninguna comunidad puso de manifiesto de forma estadísticamente relevante que facilitaría la concesión del permiso de extracción de familiares que hubiesen manifestado su voluntad de no donar.

Otra de las características peculiares del análisis de esta variable es que representa la única de las variables dependientes consideradas en la presente investigación que se relaciona significativamente con el "sexo" de los encuestados ($p < 0,008$). La figura nº 4.2. representa gráficamente la relación entre ambas variables.

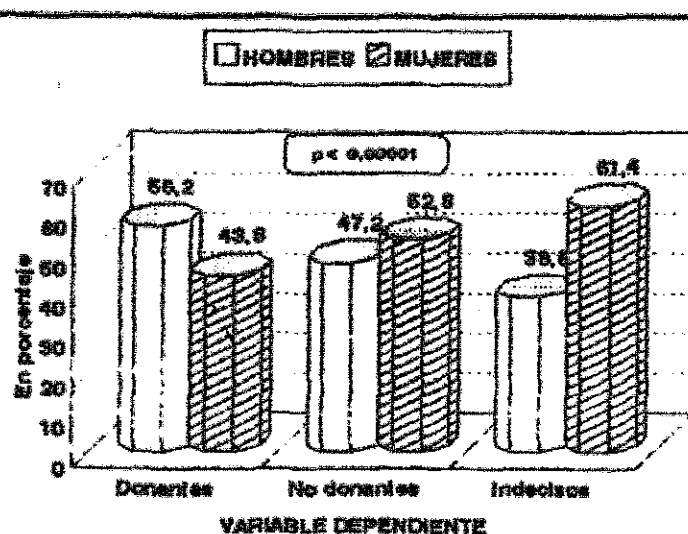


Figura nº 4.2.: Diferencias sexuales en la concesión del permiso de extracción de los órganos de familiares que NO ERAN FAVORABLES a la donación.

Los "hombres" se muestran significativamente más partidarios que las "mujeres" de conceder el permiso ($p < 0,01$) en una situación como la planteada en la variable dependiente; aquéllos manifiestan también una menor indecisión que éstas ($p < 0,01$).

Información que posee los encuestados sobre donación y trasplante de órganos.

Solamente dos de las variables que tratan sobre la información que poseen la muestra encuestada acerca de la donación y del trasplante de órganos, se hayan significativamente relacionadas con la variable dependiente: "eficacia" del trasplante y "la recepción de información sobre donación de órgano a través de la televisión".

En cuanto a la primera de ellas, la figura nº 4.3. muestra gráficamente la relación entre la variable dependiente y la de "eficacia" relativa del trasplante, en comparación a la de otros tratamientos alternativos. Ambas variables se hayan significativamente asociadas ($p < 0,007$). A pesar de que el 65% de los "donantes" consideran los trasplantes son "más eficaces" que otros tratamientos alternativos, frente a un 55,1% de los "no donantes" que opinan de la misma forma, no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa entre estos grupos.

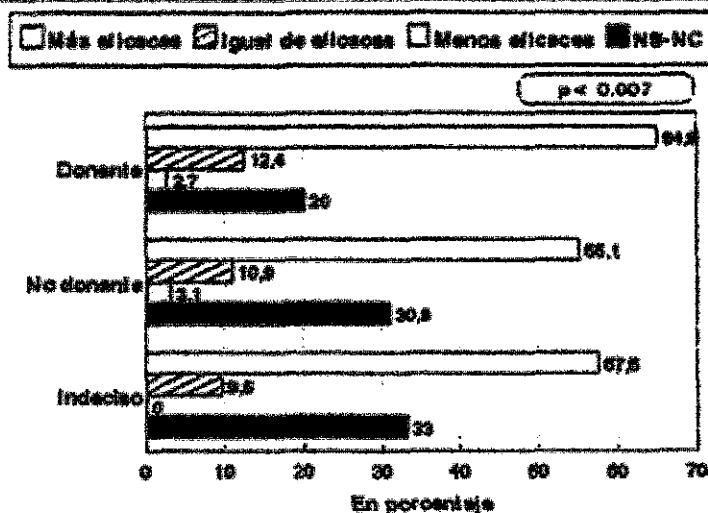


Figura n° 4.3: Distribución porcentual de la estimación de la eficacia del trasplante en relación a otros tratamientos, en los diversos grupos considerados en la variable dependiente.

El análisis loglineal pone de manifiesto solamente que los "indecisos" suelen elegir frecuentemente la opción "no sabe-no contesta" ($p < 0.05$).

Los "medios de comunicación" por los que los informadores dicen haber recibido preferentemente información sobre estos temas, se relacionan con la variable dependiente según la figura n° 4.4.

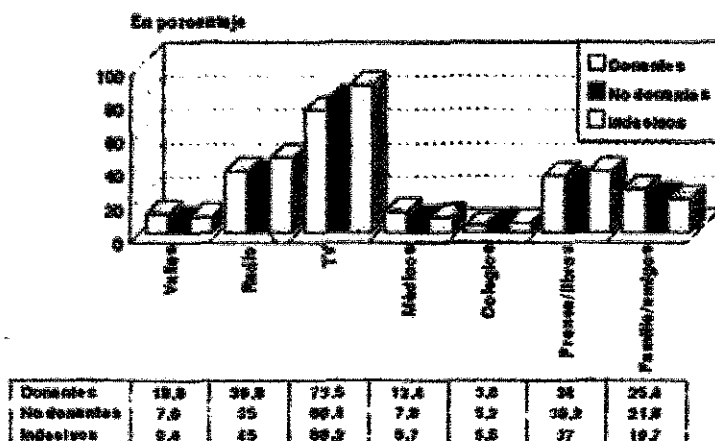


Figura n° 4.4: Porcentaje de sujetos "donantes", "no donantes" e "indecisos" que declararon haber recibido información sobre donación y trasplante de órganos, por diferentes medios de comunicación.

De todos ellos, los grupos de la variable dependiente sólo se diferencia en el medio televisivo ($p < 0,005$). La tabla nº 4.2. muestra la distribución de frecuencias y porcentual de ambas variables.

Variable Dependiente	Recibió información sobre donación y trasplante de órganos, preferentemente, por "televisión".		Frec. y porc. de filas
	SÍ	NO	
"Donantes"	136 73,5 %	49 26,5 %	185 14,4 %
"No donantes"	785 80,4 %	191 19,6 %	976 75,8 %
"Indecisos"	112 88,2 %	15 11,8 %	127 9,8 %
Frec. y porc. columnas	1033 80,2 %	255 19,8 %	1288 100 %
Estadístico de contraste			
Prueba "Chi-Cuadrado"		Grados de libertad	Nivel de significación
Pearson		2	0,00567
Razón de Verosimilitud		2	0,00590

Tabla nº 4.2.: Distribución de frecuencias y porcentual de "donantes", "no donantes" e "indecisos", según hayan recibido información sobre estos temas, preferentemente, por "televisión".

El resultado más importante del análisis loglineal indica que los "no donantes" declararon más frecuentemente que los "donantes" que han recibido información sobre estos temas por "televisión" ($p < 0,01$); también el grupo de "indecisos" declaró que la televisión es el medio de comunicación preferente sobre estos temas ($p < 0,01$).

Actitudes hacia los donantes de órganos.

Las actitudes hacia los donantes en general como para los familiares donantes son dos variables en las que se diferencian significativamente los tres grupos de sujetos que hemos considerado en la variable dependiente.

En primer lugar, como se puede apreciar en la figura nº 4.5., todos los grupos de la variable dependiente muestran una actitud claramente positiva hacia los "donantes" ($p < 0,005$). No obstante, el análisis loglineal no detecta en algún grupo de la variable dependiente una tendencia de respuesta estadísticamente relevante.

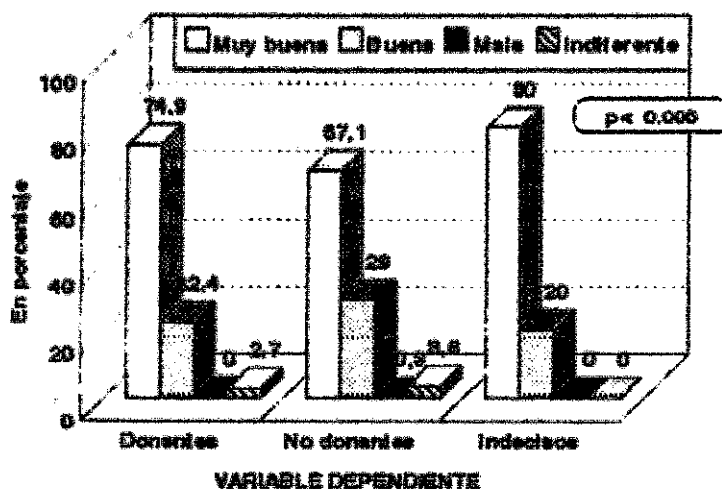


Figura nº 4.5.: Actitudes de la muestra hacia los donantes, en función de la variable dependiente

En segundo lugar, esta actitud resulta igualmente positiva en todos los grupos, respecto a un familiar que fuese donante de órganos ($p < 0,00002$).

La distribución porcentual de las opiniones de la muestra, en relación a los grupos de la variable dependiente se muestra en la figura n° 4.6.

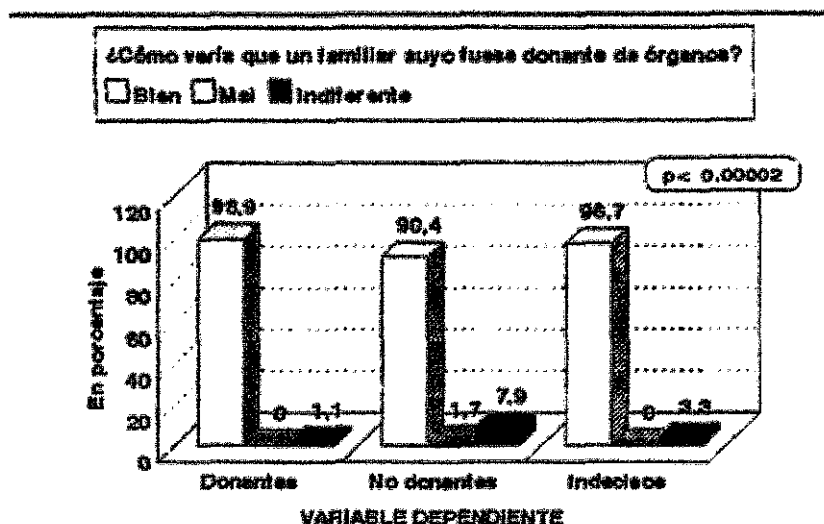


Figura n° 4.6.: Actitudes hacia un familiar que fuese donante de órganos, en cada uno de los grupos de la variable dependiente.

El análisis loglineal determina que entre los "donantes" se vería bien que "un familiar fuese donante" con mayor frecuencia de lo esperado ($p < 0,01$). Los "no donantes" muestran una tendencia estadísticamente significativa a declarar más a menudo que esta eventualidad les resultaría "indiferente" ($p < 0,001$); también tienden a ver "bien" la mencionada posibilidad menos frecuentemente que los "donantes" ($p < 0,01$). Finalmente, el grupo de "indecisos" muestra una disposición significativa a responder que les resultaría "indiferente" ($p < 0,05$).

Razones para donar y para no donar órganos.

Los grupos de la variable dependiente no se diferencian significativamente en cuanto a las razones que perciben en la "gente" para donar y para no donar órganos. Pero sí muestra una relación significativa con las variables que recogen las autoatribuciones sobre donación de órganos.

La asociación estadísticamente relevante entre la "razón personal más importante para donar órganos" y la variable dependiente ($p < 0,05$) se recoge más detalladamente en la tabla nº 4.3.

Variable dependiente	Razón personal más importante para donar órganos						
	Solidaridad	Cultura	Sobrevivir a la muerte	Evitar la destrucción de los órganos	Reciprocidad	Deber moral	NS-NC
Donante	84 45,4 %	3 1,6 %	4 2,2 %	15 8,1 %	57 30,8 %	18 9,7 %	4 2,1 %
No donante	442 45,3 %	5 0,5 %	29 3 %	75 7,7 %	284 29,1 %	70 7,2 %	71 7,3 %
Indeciso	71 55,9 %	3 2,4 %	1 0,8 %	6 4,7 %	31 24,4 %	8 6,3 %	7 5,5 %

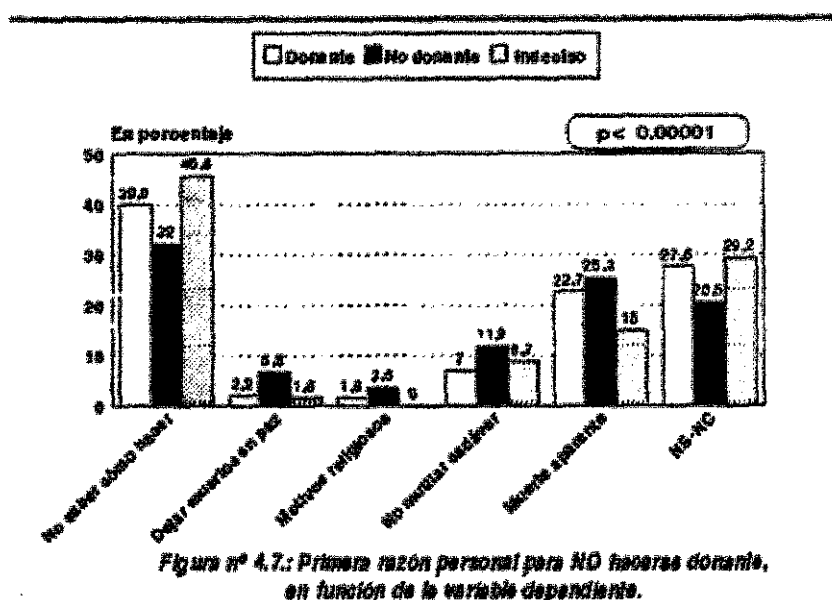
ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE

Prueba de "Chi-cuadrado"	Grados de libertad	Significación estadística
Pearson	14	0,07918
Razón de Verosimilitud	14	0,04157

Tabla nº 4.3. : Distribución porcentual de la variable "razón personal más importante para donar órganos", en función de la variable dependiente.

El análisis loglineal tan sólo permite detecta que los informadores que declararon que no concederían el permiso de extracción ($p < 0,01$) tiende a elegir menos frecuentemente de lo esperado la opción "por cultura".

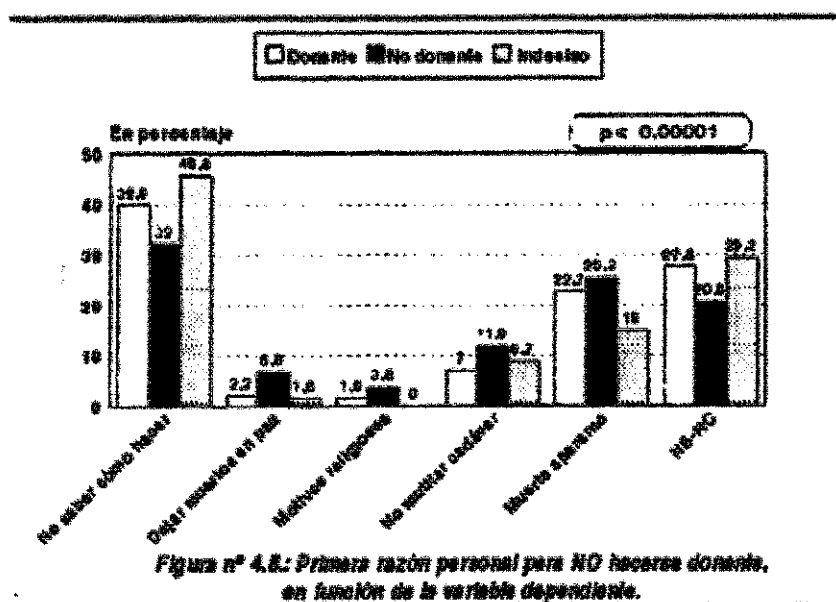
La variable "razón personal más importante para NO donar" mantiene una relación estadísticamente mucho más significativa con la variable dependiente ($p < 0,00001$) que la anteriormente analizada. La figura nº 4.7. muestra cómo se distribuyen las razones personales para no donar entre los diferentes grupos de la variable dependiente.



El resultado del análisis loglineal solamente permite afirmar que las personas que "no" concederían el permiso ("no donantes") tienden a no considerar que la principal causa para no donar sea "por no saber cómo hacerlo" ($p < 0,001$).

Criterios para distribuir los órganos procedentes de las donaciones.

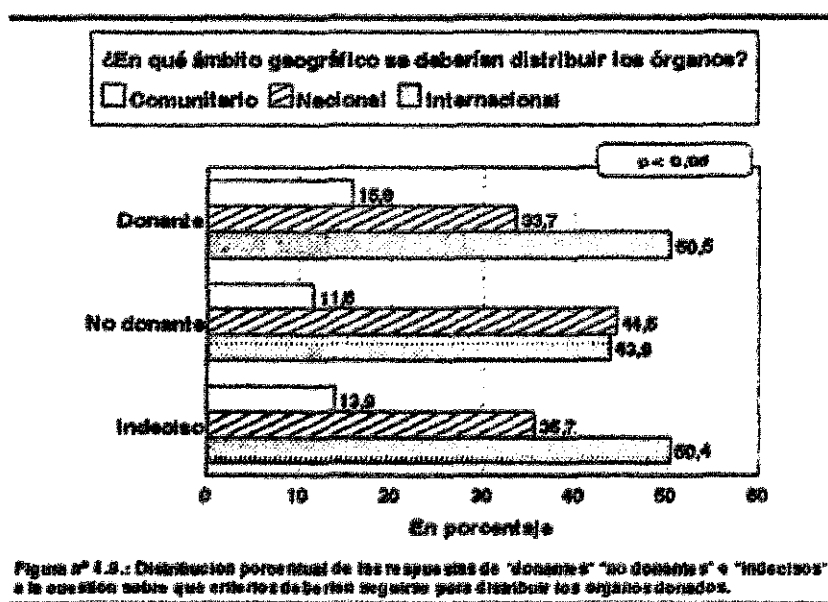
Los grupos de la variable dependiente también se diferencian en función de las condiciones que deberían aplicarse para distribuir los órganos entre los enfermos que necesitan un trasplante de órganos ($p < 0,05$). En la figura nº 4.8. se puede apreciar que tanto los "indecisos" como los "donantes" consideran, en primer lugar, que los órganos procedentes de donaciones deberían pasar a formar parte de un "fondo común internacional"; los "no donantes", por su parte, opinan que los órganos deberían ser distribuidos preferentemente a nivel nacional.



El análisis loglineal detecta que las personas que declararon que negarían el permiso tienden a opinar que los órganos generados en su comunidad deberían pasar a formar parte de un "fondo nacional" ($p < 0,01$).

Condiciones para solicitar el permiso de extracción de órganos a la familia del fallecido.

Las opiniones sobre "cuándo solicitar el permiso a la familia" difieren significativamente según procedan de "donantes", "no donantes" o "indecisos" ($p < 0,02$). La relación porcentual entre ambas variables se presenta gráficamente en la figura nº 4.9.



La significación estadística de esta relación se centra especialmente en que una parte estadísticamente significativa de "donantes" considera que se debería solicitar el permiso a los familiares del difunto "solo cuando no se conozca su opinión" ($p < 0,01$).

"Donantes", "no donantes" e "indecisos" difieren significativamente en si debería respetarse la negativa familiar, cuando se conoce la opinión

favorable del difunto para donar ($p < 0,00001$). A pesar de que en todos los grupos se considera que "no" debería respetarse la oposición familiar a la extracción de órganos cuando el difunto hubo expresado con anterioridad su deseo de donar, esta opinión es significativamente más frecuente entre los informadores que declararon que darían el permiso de extracción a pesar de que conocen la posición desfavorable del difunto ($p < 0,01$) que entre los sujetos que se opondrían a la cesión de los órganos de un familiar fallecido. Por otra parte, los "no donantes" suelen responder con mayor frecuencia de lo esperado que "sí" debería respetarse la negativa familiar ($p < 0,01$); además, este grupo muestra una clara tendencia a no elegir la opción contraria ($p < 0,001$). La figura nº 4.10. recoge la relación entre ambas variables.

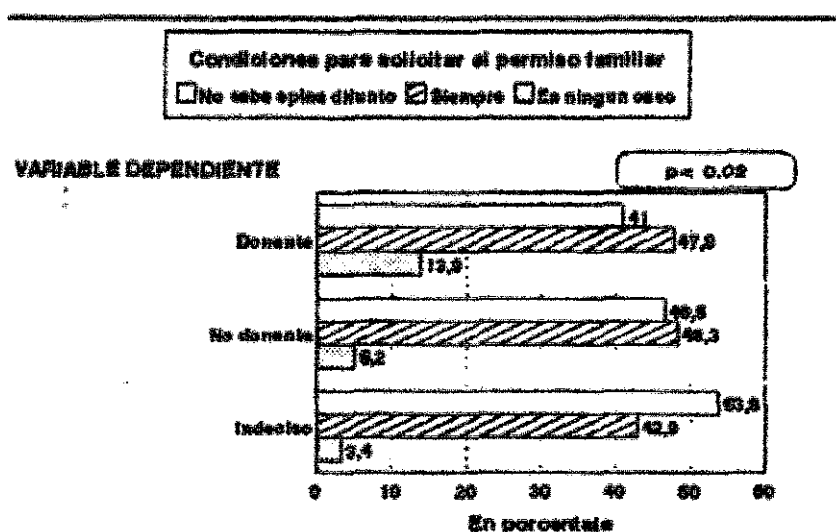


Figura nº 4.10: Distribución porcentual de opiniones sobre cuando solicitar el permiso a la familia del difunto para extraer sus órganos, según la variable dependiente.

Estas discrepancias de opinión se extienden a la aceptación o rechazo de una legislación que permitiera al Estado disponer de los

órganos de los fallecidos sin pedir permiso a sus familiares ($p < 0,00001$).

La distribución de opiniones sobre este tema, en función de la pertenencia a uno de los grupos de la variable dependiente queda reflejada en la figura nº 4.11.

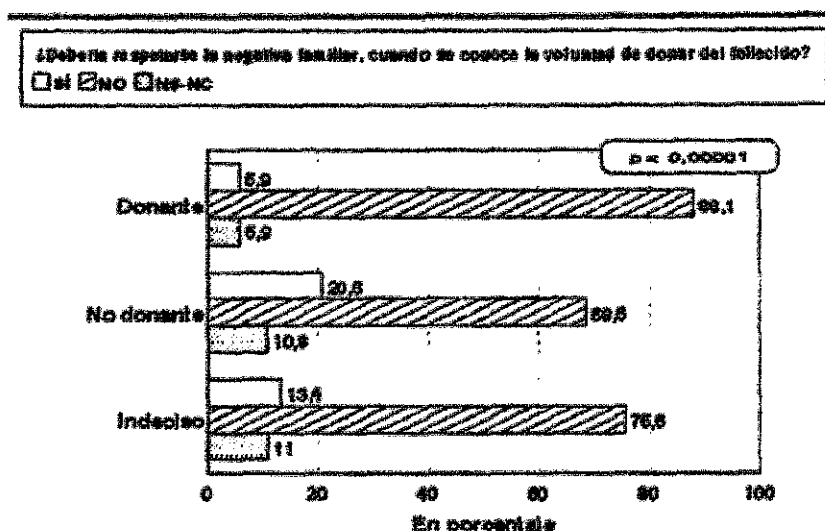


Figura nº4.11.: Distribución porcentual de opiniones sobre el deber de respetar la negativa familiar si se conoce la voluntad de donar del difunto, según los distintos grupos de la variable dependiente

El análisis loglineal establece grandes diferencias de opinión entre "donantes" y "no donantes" en relación a cómo verían una legislación de las mencionadas características. Una parte significativamente mayor de "donantes" que de "no donantes" considerarían esta posibilidad como una "gesto de solidaridad" ($p < 0,001$) y como "una manera eficaz de evitar para no desperdiciar los órganos que se pierden inútilmente". Por otra parte, el grupo de "no donantes" tiende de forma estadísticamente relevante a considerarla como "un abuso de autoridad" ($p < 0,001$) y como "una ofensa a los familiares

del difunto ($p < 0,001$). Por fin, el grupo de "Indecisos" no da opinión alguna o no sabe qué opinar ($p < 0,01$).

Relación entre la variable dependiente y la disposición a la donación personal de órganos.

El análisis de la relación entre la "disposición a la donación personal de órganos" y la variable dependiente fue realizado con anterioridad, cuando la primera de las variables citadas fue considerada como variable dependiente. Las conclusiones a las que se llegó fueron, en ese momento, las siguientes:

- Las dos variables presentan una relación muy significativa ($p < 0,00001$).
- Existe una disposición claramente establecida a que los "donantes" en cualquiera de las situaciones (disposición personal o donación familiar de un fallecido opuesto a donar sus órganos) favorezcan también la donación en la situación restante.
- Las personas que muestran una disposición negativa a donar los órganos, bien propios o bien del familiar fallecido, tienden a dificultar la donación en cualquier situación.

Donación de sangre.

Esta variable mantiene una asociación significativa con la variable dependiente ($p < 0,008$), como puede verse en la figura nº 4.12.

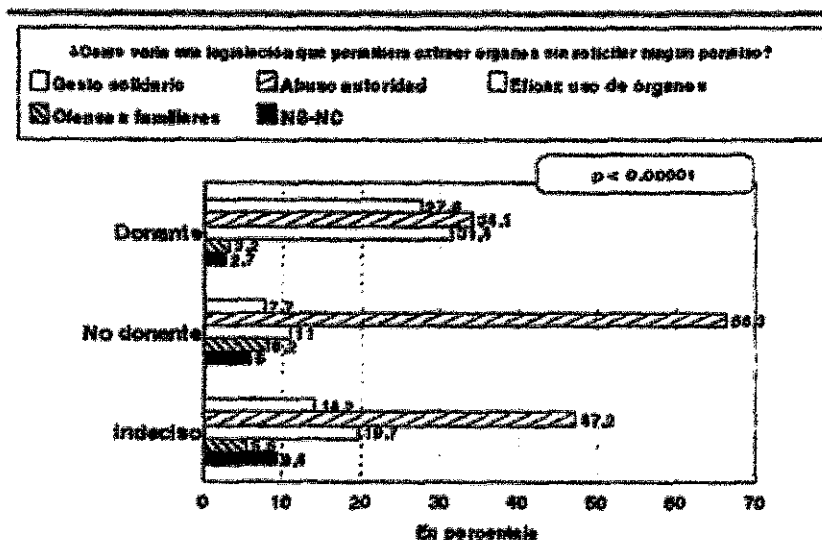


Fig. nº 4.38: Distribución porcentual de opiniones sobre el establecimiento de una ley que permitiera la extracción de órganos sin permiso familiar, en los grupos de la variable dependiente.

El análisis loglineal muestra que hay más "donantes de sangre" entre los que consideran afirman que concederían el permiso, a pesar de conocer la opinión contraria del familiar fallecido a la donación de órganos ($p < 0,01$); y menos "donantes de sangre" entre los que opinan que no darían el permiso en una situación como la planteada en la variable dependiente ($p < 0,01$).

1.5. ANÁLISIS FACTORIAL DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES (ACM).

En esta fase de nuestro estudio, se utilizará el ACM para esclarecer las relaciones entre una variable dependiente y diversas variables independientes en conjunto. Ello nos permitirá deducir hasta que punto existe asociación entre las diferentes variables independientes que han mostrado asociación aislada con las variables dependientes en el análisis loglineal.

A la hora de analizar los resultados de los diferentes ACM, tomaremos en cuenta los siguientes elementos:

- Valor propio de cada una de las dimensiones o factores: dicho valor informa sobre el grado en que los factores o dimensiones explican la variación existente en las diferentes variables incluidas en el análisis.
- Medidas y gráfico de discriminación por variable para los factores o dimensiones: informan sobre la proporción de la variación de cada variable contenida en cada factor. Las variables que posean un valor mayor en un factor quedarán mejor explicadas por dicho factor, pudiendo identificarse el significado del factor a partir de las categorías que más representa.

- Gráfico de coordenadas de categorías: este gráfico representa las coordenadas asignadas a cada una de las categorías en el espacio de los factores. Las categorías que muestren proximidad en este espacio tenderán a estar relacionadas, presentándose en los mismos individuos. Las categorías que se sitúen en el extremo de los factores serán aquellas que más los caractericen.

Los análisis de correspondencias se han centrado en dos variables dependientes, la "disposición a la donación personal de órganos" y la "concesión del permiso de extracción de familiares fallecidos, de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar. Estas dos clases de donación son las más habituales en nuestro país y, consecuentemente, las que precisan de un conocimiento mayor de factores asociados a ellas.

Análisis de correspondencias de "disposición hacia la donación personal de órganos"

Variables estructurales

Con el objeto de obtener una visión de conjunto de la relación existente entre las variables estructurales y la predisposición a la donación de los propios órganos, se ha desarrollado un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) que ha incluido la variable "disposición a donar los propios órganos" y las variables "tamaño de la población", "edad", "estado civil", "nivel de estudios", "clase social", "ocupación" e "hijos". Para el desarrollo del análisis se han excluido aquellas variables estructurales que no mostraron asociación significativa con la predisposición a la donación.

El conjunto de variables y categorías analizadas, así como las abreviaturas utilizadas en la representación gráfica se detalla seguidamente:

VARIABLE SITVD: Predisposición personal a la donación

Soy = Soy donante

Nope = No soy donante, pero estaría dispuesto a serlo

Moni = No soy donante, ni estaría dispuesto a serlo

Inde = Indeciso

VARIABLE HABITAT2 = Tamaño de la población

hab1 = de menos de 10.000 habitantes

hab2 = de 10.001 a 100.000 habitantes

hab3 = de 100.001 a 1.000.000 de habitantes

hab4 = más de 1.000.000 de habitantes

VARIABLE EDADCAT = Edad

18-25 = 18 a 25 años
26-35 = 26 a 35 años
36-45 = 36 a 45 años
46-55 = 46 a 65 años
56-65 = 56 a 65 años
66 o = 66 ó más años

VARIABLE ECIVIL = Estado Civil

SOLTE = SOLTERO
CASAD = CASADO
VIUDO = VIUDO
SEPAR = SEPARADO O DIVORCIADO

VARIABLE ESTUDI = Nivel de Estudios

LEER = LEER Y ESCRIBIR O MENOS
PRIMA = PRIMARIOS (EGB O EQUIVALENTES)
SECUN = SECUNDARIOS (BUP O EQUIVALENTES)
CGM = CARRERAS DE GRADO MEDIO
CGS = SUPERIORES (CARRERAS DE GRADO SUPERIOR)

VARIABLE CLASESOC= Clase Social

A-MA = ALTA-MEDIA ALTA
MED = MEDIA
MEDBA = MEDIA BAJA
BAJA = BAJA

VARIABLE OCUPACI= Principal ocupación

TRAFI = TRABAJADOR FIJO
TRAEV = TRABAJADOR EVENTUAL
ESTUD = ESTUDIANTE
PA-DE = PARO-DESEMPLEO
JUBIL = JUBILADO
SL = SUS LABORES

VARIABLE HIJOS = ¿Tiene hijos?

SI = SI
NO = NO

Del análisis realizado se retuvieron dos factores o dimensiones.

Sus valores propios fueron los siguientes:

DIMENSION	V. PROPIO
1	.4532
2	.2751

De los datos anteriores puede deducirse que el factor 1 tiene un mayor poder discriminativo entre las diferentes variables.

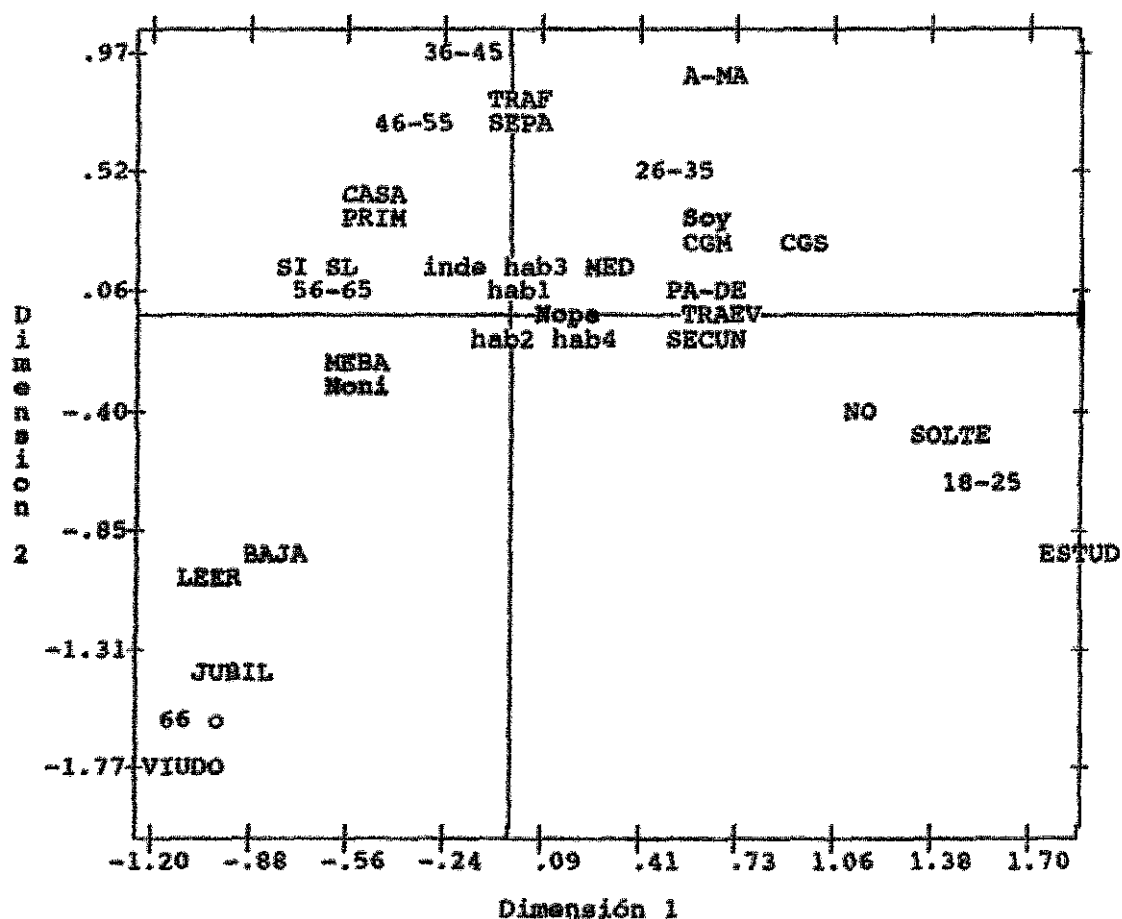
Las medidas de discriminación (proporción de la variación de cada variable contenida en el factor) fueron las siguientes:

VARIABLE	DIMENSION	
	1	2
SITVD	.090	.022
HABITAT2	.009	.013
EDADCAT	.764	.722
ECIVIL	.752	.408
ESTUDI	.482	.261
CLASESOC	.166	.107
OCUPAC1	.681	.597
HIJOS	.682	.070

Como puede deducirse, el factor 1 diferencia entre las diferentes categorías de las variables edad, estado civil, ocupación e hijos. A su vez, el factor 1 sería el que discriminaría en mayor medida entre las diferentes categorías de la variable predisposición a la donación, siendo su interpretación la verdaderamente relevante para nuestro propósito. Aún así, el peso aportado al factor por la variable es bajo.

El factor 2 parece estar afectado fundamentalmente por la edad y la ocupación. Los factores no muestran gran capacidad para discriminar entre los diferentes tamaños de población.

En el espacio de los factores, las categorías de las diferentes variables se distribuyeron de acuerdo a la siguiente representación gráfica:



En base fundamentalmente al factor 1, se aprecia una semejanza entre las diferentes categorías de algunas variables estructurales y las

categorías correspondientes a la variable "predispoción" a la donación:

- La categoría "soy donante" muestra asociación con las categorías "26-35 años", "carreras de grado medio", "estudios superiores", "paro-desempleo", "clase alta", "trabajador eventual", "estudios secundarios". A su vez, en el los valores positivos extremos del factor 1, que es el de mayor poder discriminativo sobre la predispoción a la donación, se encontrarían las categorías "sin hijos", "soltero", "18-25 años", "estudiante".

- La categoría "No soy donante, pero estaría dispuesto a serlo" y la categoría "Indeciso" se sitúan muy próximas, aunque a ambos lados del origen de coordenadas, esto es, en una zona donde la capacidad discriminativa en los factores es baja.

- La categoría "No soy donante, ni estaría dispuesto a serlo" se asocia, en el espacio del factor 1 con las categorías "56-65 años", "clase media-baja", "casado" y "estudios primarios". En el extremo del factor 1 se encontrarían las categorías "Clase baja", "Leer y escribir", "Jubilado", "66 ó más años" y "Viudo".

Variables de información y conocimiento

Para explorar la relación entre diversas variables relacionadas con la información sobre la donación y el trasplante de órganos y la predisposición a la donación se realizó un ACM que incluyó las variables "Conocimiento de donante o trasplantado", "Consideración de la propia información", "Coste de los trasplantes", "Eficacia", "Buena prestación sanitaria", junto a la variable "predisposición personal a la donación". Las categorías incluidas y su denominación gráfica se muestran a continuación:

VARIABLE SITVD = Predisposición personal a la donación

Soy = Soy donante

Nope = No soy donante, pero estaría dispuesto a serlo

Noni = No soy donante, ni estaría dispuesto a serlo

Inde = Indeciso

VAR. CONOCDON= Conocimiento de donante o trasplantado

SICO = SI

NOCO = NO

VARIABLE CONSINFO = ¿Cómo considera su información respecto al tema de la donación y el trasplante?

SUF = SUFICIENTE

INSUF = INSUFICIENTE

VARIABLE CAROS = Información sobre el coste del trasplante

masc = Más caro que otros tratamientos

iguca = Igual de caro

menca = Menos caro

nsncc = No sabe/No contesta

VARIABLE EFICACES = Información sobre la eficacia del trasplante

masef = Más eficaz que otros tratamientos
 iguef = Igual de eficaz
 menef = Menos eficaz
 nsnce = No sabe/No contesta

VARIABLE BUENAPRE = Consideración del trasplante como buena prestación sanitaria

SIBU = SI
 NOBU = NO

Se realizó un ACM de dos factores, que mostraron los siguientes valores propios:

DIMENSION	VALOR PROPIO
1	.2711
2	.2256

Como puede observarse, el factor 1 presenta una capacidad discriminativa ligeramente superior a la del factor 2.

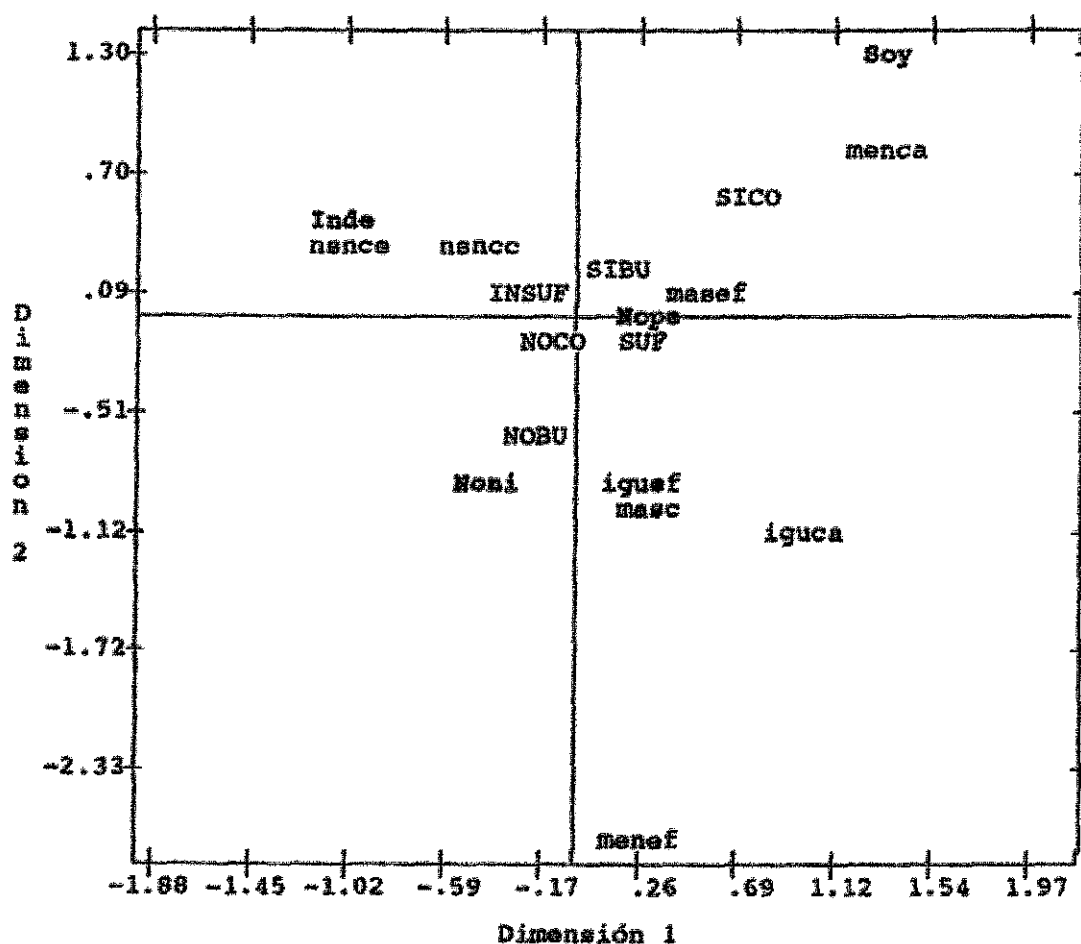
Las medidas de discriminación para las siguientes variables fueron las siguientes:

VARIABLE	DIMENSIÓN	
	1	2
SITVD	.323	.286
CONOCDON	.146	.109
CONSINFO	.184	.002
CAROS	.482	.446
EFICACES	.463	.339
BUENAPRE	.028	.172

Como puede observarse, la variable "caros" es la que se ve mejor representada en ambos factores. El factor 1 discrimina también en gran medida la variación "eficaces". La variable "predisposición personal hacia la

donación* se ve explicada considerablemente en ambos factores, siendo mayor su explicación en el factor 1.

La distribución de las categorías en el espacio de los factores fue la siguiente:



De la distribución de las diferentes categorías en el espacio de los factores pueden deducirse las siguientes asociaciones:

- La categoría "Soy donante" se ve fuertemente asociada en el

espacio de los factores 1 y 2 con la categoría "menos caros", así como con "Sí conoce un donante o trasplantado". En el cuadrante delimitado por los valores positivos extremos de ambos factores se encontraría también la categoría "Más eficaces"; en el mismo cuadrante, pero más próximo al origen de coordenadas, se hallarían las categorías "Sí es una buena prestación sanitaria" y "No soy donante, pero estaría dispuesto a serlo".

- La categoría "Indeciso" se hallaría próxima a las categorías "No sabe /no contesta en eficacia", "insuficiente información" y "No sabe/no contesta en caros" .

- La categoría "No soy donante ni estaría dispuesto a serlo" se asocia a "No es una buena prestación sanitaria", "No conoció donante o trasplantado", "Igual eficacia" y "Más caros". En el extremo del factor 2 se encontraría la categoría "Menos eficaces".

Análisis de correspondencias múltiples de la variable "concesión del permiso de extracción de los órganos de familiares, de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar".

Variables estructurales

Para clarificar la relación entre diferentes variables estructurales y la variable "Conceder permiso para la extracción desconociendo la voluntad del fallecido" se ha desarrollado también un ACM. Este ha incluido, además de la mencionada variable dependiente, aquellas variables estructurales que han mostrado asociación previa con ella: "tamaño de la población", "nivel de estudios", "clase social" y "ocupación". Las categorías incluidas en el análisis y su denominación en el gráfico se detallan seguidamente:

VARIABLE PERFADES = ¿ Concedería permiso para la extracción de los órganos de un familiar fallecido del que se desconociese su voluntad de donar?

Pdai = sí
Pdno = no
Pdín = indeciso

VARIABLE HABITAT2 = Tamaño de la población

hab1 = de menos de 10.000 habitantes
hab2 = de 10.001 a 100.000 habitantes
hab3 = de 100.001 a 1.000.000 de habitantes
hab4 = más de 1.000.000 de habitantes

VARIABLE ESTUDI = Nivel de Estudios

LEER = LEER Y ESCRIBIR O MENOS
 PRIMA = PRIMARIOS (EGB O EQUIVALENTES)
 SECUN = SECUNDARIOS (BUP O EQUIVALENTES)
 CGM = CARRERAS DE GRADO MEDIO
 CGS = SUPERIORES (CARRERAS DE GRADO SUPERIOR)

VARIABLE CLASESOC= Clase Social

A-MA = ALTA-MEDIA ALTA
 MED = MEDIA
 MEDBA = MEDIA BAJA
 BAJA = BAJA

VARIABLE OCUPACI= Principal ocupación

TRAFI = TRABAJADOR FIJO
 TRAEV = TRABAJADOR EVENTUAL
 ESTUD = ESTUDIANTE
 PA-DE = PARO-DESEMPLEO
 JUBIL = JUBILADO
 SL = SUS LABORES

Del ACM se retuvieron dos factores, que mostraron los siguientes valores propios:

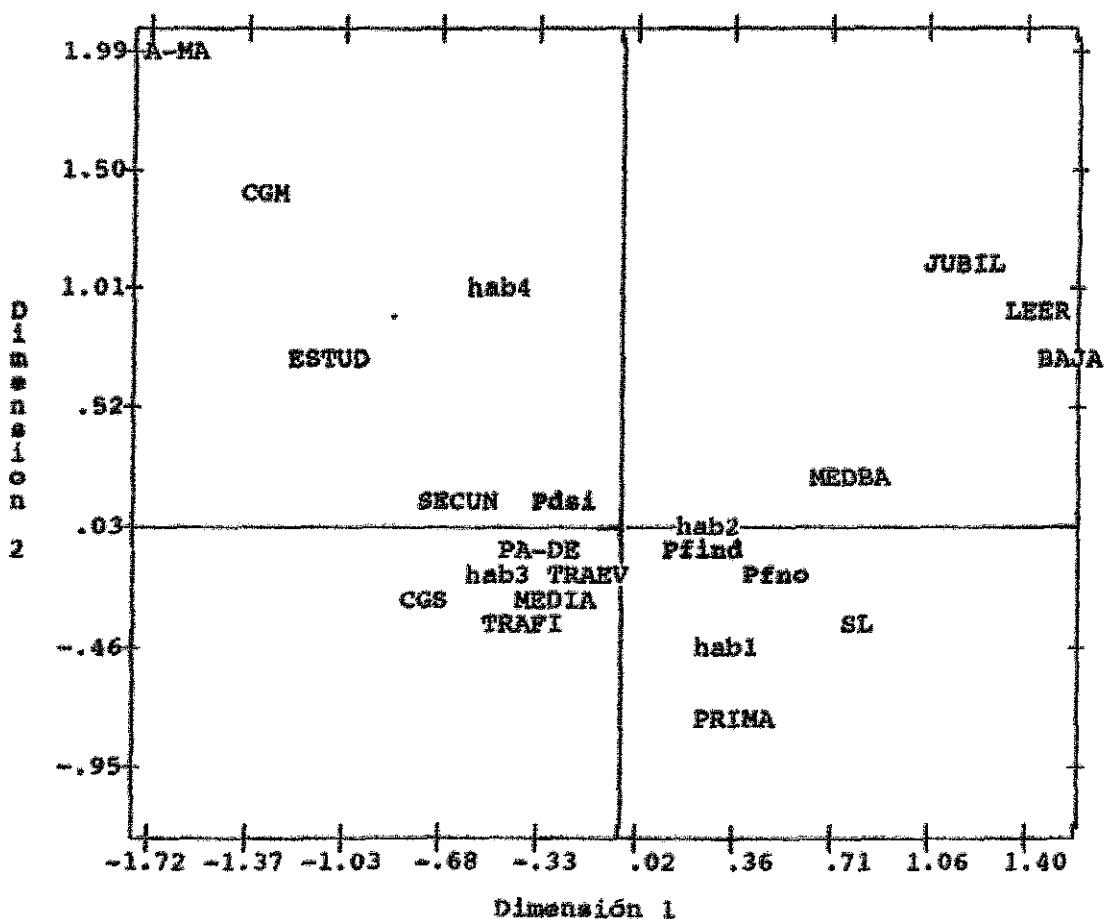
DIMENSIÓN	VALOR PROPIO
-----	-----
1	.3839
2	.2616

Los dos factores presentaron las siguientes medidas de discriminación en las diferentes variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	
	1	2
PERFADES	.100	.010
HABITAT2	.085	.199
ESTUDI	.721	.553
CLASESOC	.465	.218
OCUPACI	.549	.328

Como puede observarse, la variable "estudios" es la mejor explicada por los factores 1 y 2, quedando las variables "clase social" y "ocupación" explicadas en un grado considerable por el factor 1 y en una menor medida por el factor 2. La variable relativa al permiso a la donación quedaría mejor representada en el factor 1, si bien en baja cuantía.

La distribución de las categorías en el espacio de los factores fue la siguiente:



De acuerdo a la distribución de las diferentes categorías en el espacio de los factores, pueden deducirse las siguientes asociaciones:

- La categoría "no", relativa al permiso, parece estar más próxima a las categorías relativas a poblaciones pequeñas ("poblaciones de menos de 10.000 habitantes" y "poblaciones de 10.000 a 100.000 habitantes"), así como a "estudios primarios", "Sus labores" y "Clase media-baja". En el extremo positivo del factor 2 se encontrarían las categorías "jubilado", "leer y escribir" y "clase baja". La categoría "indeciso" respecto al permiso familiar, se sitúa muy próxima a la categoría anterior.

- La categoría "si", en relación al permiso, se sitúa próxima al centro de coordenadas y a corta distancia de las categorías "paro-desempleo", "poblaciones grandes", "clase media", "trabajador eventual", "trabajador fijo", "estudios secundarios" y "carreras de grado medio". En el espacio del factor 1 queda próxima también a las metrópolis. En el extremo del factor 1 se sitúan las categorías "estudiante", "estudios superiores" y "clase alta/media-alta".

Variables de Información y conocimiento

El siguiente Análisis de Correspondencia Múltiple explora las relaciones existentes entre la variable "conceder permiso para la donación desconociendo la voluntad del fallecido" y diversas variables relativas a la información y el contacto con el tema que mostraron previamente asociación ("Conoció a un donante o trasplantado", "Caros", "Eficaces" y "Buena prestación sanitaria").

La relación completa de categorías y su nomenclatura gráfica se detalla a continuación:

VARIABLE PERFADES = ¿ Concedería permiso para la extracción de los órganos de un familiar fallecido de que se desconociese su voluntad de donar?

Pdsi = si
Pdno = no
Pdin = indeciso

VARIABLE CONOCDON = Conocimiento de algún donante o trasplantado

SICO = SI
NOCO = NO

VARIABLE CAROS = Información sobre el coste del trasplante

masc = Más caro que otros tratamientos
iguca = Igual de caro
menca = Menos caro
nsncc = No sabe/No contesta

VARIABLE EFICACES = Información sobre la eficacia del trasplante

masef = Más eficaz que otros tratamientos
iguef = Igual de eficaz
menef = Menos eficaz
nsnce = No sabe/No contesta

VARIABLE BUENAPRE = Consideración del trasplante como buena prestación sanitaria

SIBU = SI

NOBU = NO

Del ACM se extrajeron 2 factores, que presentaron los siguientes valores propios:

DIMENSIÓN	VALOR PROPIO
1	.3003
2	.2632

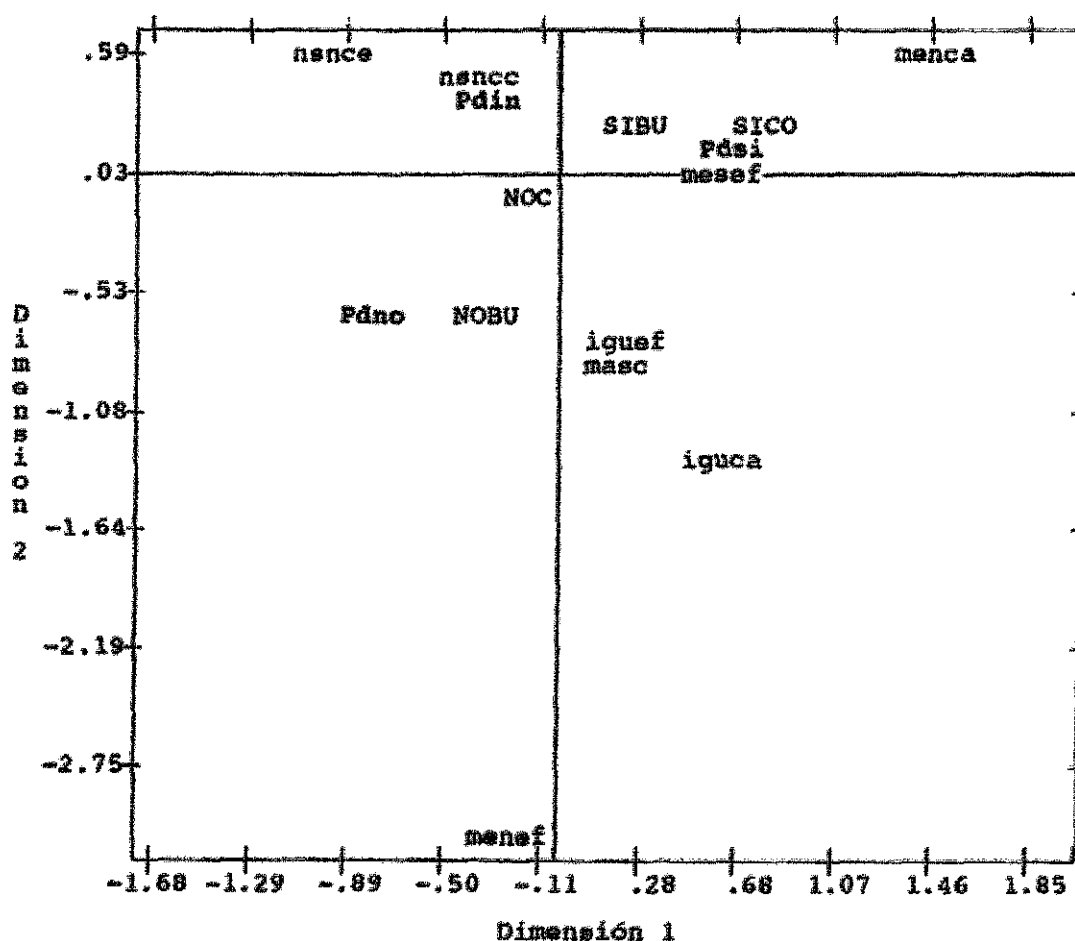
Como puede observarse, el factor 1 tiene una capacidad discriminativa ligeramente superior a la del factor 2 en la explicación de la variabilidad de las diferentes variables.

En relación a las medidas de discriminación para las diferentes variables, se obtuvieron los siguientes resultados:

VARIABLE	DIMENSIÓN	
	1	2
PERFADES	.357	.163
CONOCDON	.163	.018
CAROS	.411	.501
EFICACES	.506	.450
BUENAPRE	.064	.183

De acuerdo a la tabla anterior, puede deducirse que las variables caros y eficaces son las mejor representadas por los factores 1 y 2. El factor 1 parece contener también un porcentaje importante de la variación de la variable relativa al permiso, lo que le hace especialmente relevante para nuestro análisis.

En la siguiente figura se presenta la distribución de las diferentes categorías de acuerdo a sus coordenadas en los factores.



De acuerdo a la figura anterior, el factor 1 discriminaría entre los individuos que darían permiso en la situación planteada y aquellos que o bien negarían el permiso, o bien no expresan una decisión al respecto. El factor 2, por el contrario, discriminaría entre aquellos individuos que se oponen a la concesión del permiso y aquellos que lo concederían o están indecisos al respecto.

De la figura anterior pueden extraerse las siguientes asociaciones:

- La categoría "Sí" relativa al permiso se asocia al conocimiento de un donante o trasplantado y a la creencia en la mayor eficacia del trasplante como técnica terapéutica. En el mismo cuadrante, formado por los valores positivos de ambos factores, se encuentra la consideración del menor coste de los trasplantes y el creer que se trata de una buena prestación sanitaria.

- La categoría "indeciso", en relación al permiso, se asocia al desconocimiento del coste del trasplante y su eficacia.

- La categoría "no", relativa al permiso, se asocia a no creer que el trasplante es una buena prestación sanitaria. En el mismo cuadrante, con valores negativos de ambos factores, se hallaría la falta de conocimiento de donantes o trasplantados y la creencia en la menor eficacia del trasplante.

Análisis de correspondencias de las razones para donar y para no donar.

Predisposición a la donación de los propios órganos

Se ha desarrollado un ACM con el objeto de desvelar las asociaciones entre la variable "Predisposición hacia la donación de los propios órganos" y las diferentes razones alegadas para donar o no donar. De esta forma, se incluyeron en el análisis las siguientes categorías:

VARIABLE SITVD = Predisposición personal a la donación de órganos

Soy = Soy donante
Nope = No soy donante, pero estaría dispuesto a serlo
Noni = No soy donante, ni estaría dispuesto a serlo
Inde = Indeciso

VARIABLE RUMOUNO = Razones aducidas para hacerse uno mismo donante

Solid = Por solidaridad
Cultu = Por cultura
Sobr = Por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte
Evit = Para evitar la destrucción inútil de los órganos
Recip = Por pensar que también podría necesitar de los otros (Reciprocidad)
Mora = Por creer que es un deber moral
Nancd = No sabe / No contesta

VARIABLE RUMNDUNO = Razones aducidas para no hacerse uno mismo donante

Nosab = Por no saber como hacerlo

Dejmu = Por creer que hay que dejar a los muertos en paz

Relig = Por motivos religiosos

Demut = Por desagrado ante la idea de mutilación del cadáver

Mimue = Por miedo ante la posibilidad de una muerte sólo aparente

Nsnen = No sabe / No contesta

Se obtuvieron dos factores, con los siguientes valores propios:

DIMENSIÓN	VALOR PROPIO
1	.5072
2	.4112

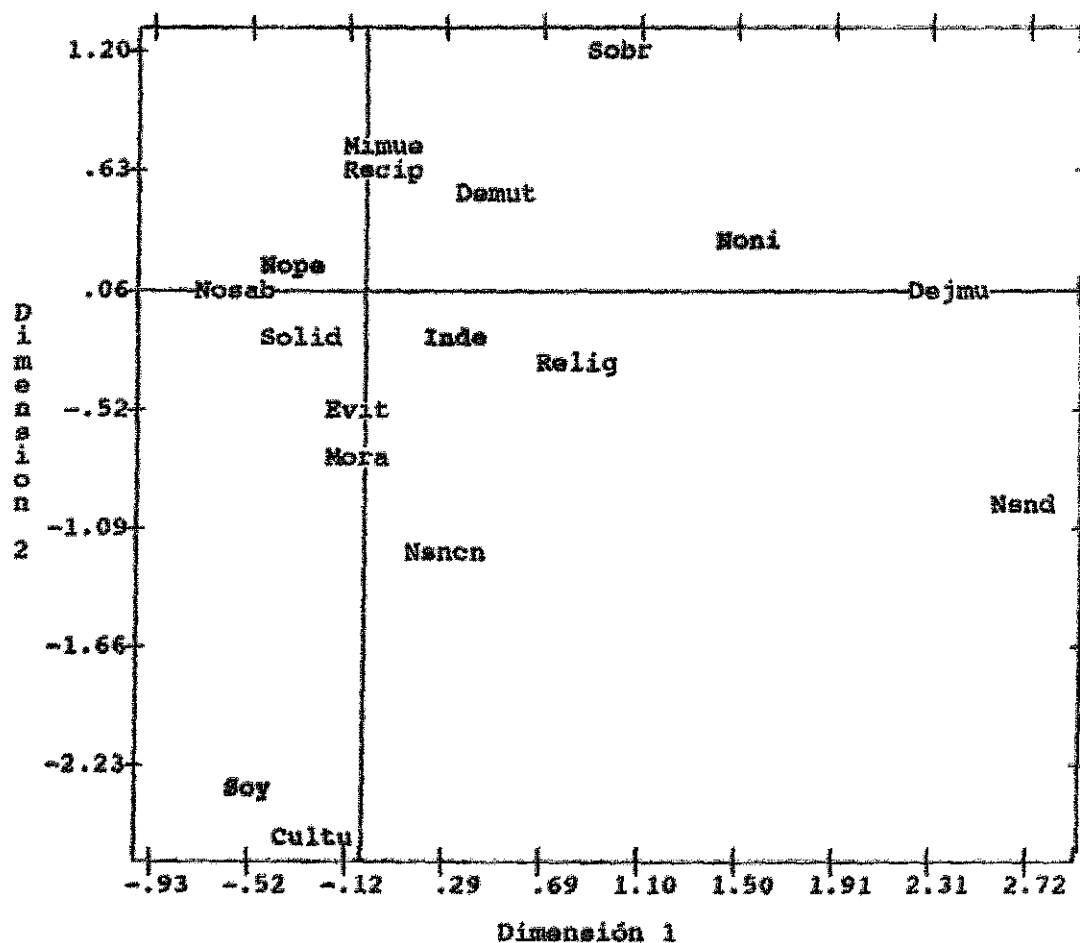
De acuerdo a la tabla anterior, el factor 1 tiene un poder discriminativo algo superior al 2 sobre las diferentes variables.

A su vez, se obtuvieron las siguientes medidas de discriminación por factor para las variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	
	1	2
SITVD	.513	.377
RUMDOUNO	.528	.370
RUMNDUNO	.480	.487

Como puede observarse, todas las variables se ven explicadas en una proporción elevada por el factor 1. El factor 2, si bien explica porcentajes considerables de todas las variables, tiene un mayor poder de discriminación para la variable relativa a las razones alegadas para no donar.

La distribución de las diferentes categorías en el espacio de los factores fue la siguiente:



Como puede constatarse, el factor 1 discrimina fundamentalmente entre los individuos que tienen una disposición favorable a la donación (sean o no donantes) y aquellos que parecen tener una predisposición negativa a la donación. El factor 2, por el contrario, discrimina entre aquellos individuos que han firmado una tarjeta de donante y aquellos que no (sean o no favorables a la donación)

De la figura anterior pueden extraerse las siguientes asociaciones:

- La categoría "Soy donante" parece asociarse con la razón "Por cultura", alegada para justificar la donación; a su vez, en el cuadrante formado por valores negativos de ambos factores se encuentra la categoría "Solidaridad", y en los ejes que delimitan el cuadrante las categorías "Evitar la destrucción inútil de los órganos" y "Moral".

- La categoría "No soy donante, pero estaría dispuesto a serlo" se halla muy próxima a la categoría "Por no saber cómo hacerlo" en relación a las razones aludidas para no ser donante, la categoría "Solidaridad", también aparece próxima.

- La categoría "Indeciso" relativa a la donación, se encuentra próxima a las razones de tipo religioso alegadas como motivo para no donar.

- La categoría "No soy donante ni estaría dispuesto a serlo" se sitúa en el mismo cuadrante que las categorías "Desagrado ante la idea de mutilación del cadáver", como razón para no donar y "Querer, en cierto modo, sobrevivir a la propia muerte" como razón para donar. En los límites del cuadrante se hallarían las categorías "Dejar a los muertos en paz" y "Miedo a una muerte sólo aparente" como razones para la no donación y la idea de reciprocidad como razón para la donación de los propios órganos.

- La categoría "Miedo a una muerte sólo aparente" alegada como razón para no donar aparece muy próxima a la razón relativa a la reciprocidad como justificación para ser donante. La razón "Desagrado ante la idea de

mutilación del cadáver" aparece muy próxima a las dos anteriores.

- Las categoría "Moral" y "Evitar la destrucción inútil de los órganos", como razones para la donación, aparecen muy próximas. Dichas categorías se encuentran a corta distancia de la categoría "Solidaridad".

"Concesión del permiso de extracción de órganos de familiares de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar".

El ACM que se desarrolla a continuación, relaciona las diferentes razones alegadas para la donación y la no donación y la disposición a conceder o no permiso para la extracción de órganos de un familiar fallecido desconociendo su voluntad previa al respecto. Las variables y categorías incluidas, así como su denominación gráfica se detallan a continuación:

VARIABLE PERFADES = ¿ Concedería permiso para la extracción de los órganos de un familiar fallecido del que se desconociese su voluntad de donar?

Pdsi = Sí
Pdno = No
Pdin = Indeciso

VARIABLE RUMDOUNO = Razones aducidas para hacerse uno mismo donante

Solid = Por solidaridad
Cultu = Por cultura
Sobr = Por querer, en cierto modo, sobrevivir a su propia muerte
Evit = Para evitar la destrucción inútil de los órganos
Recip = Por pensar que también podría necesitar de los otros (Reciprocidad)
Mora = Por creer que es un deber moral
Nsncd = No sabe / No contesta

VARIABLE RUMNDUNO = Razones aducidas para no hacerse uno mismo donante

Nosab = Por no saber como hacerlo
 Dejmu = Por creer que hay que dejar a los muertos en paz
 Relig = Por motivos religiosos
 Demut = Por desagrado ante la idea de mutilación del cadáver
 Mimue = Por miedo ante la posibilidad de una muerte sólo aparente
 Nsnen = No sabe / No contesta

Del ACM se obtuvieron dos factores, con estos valores propios:

DIMENSIÓN	VALOR PROPIO
1	.4892
2	.3969

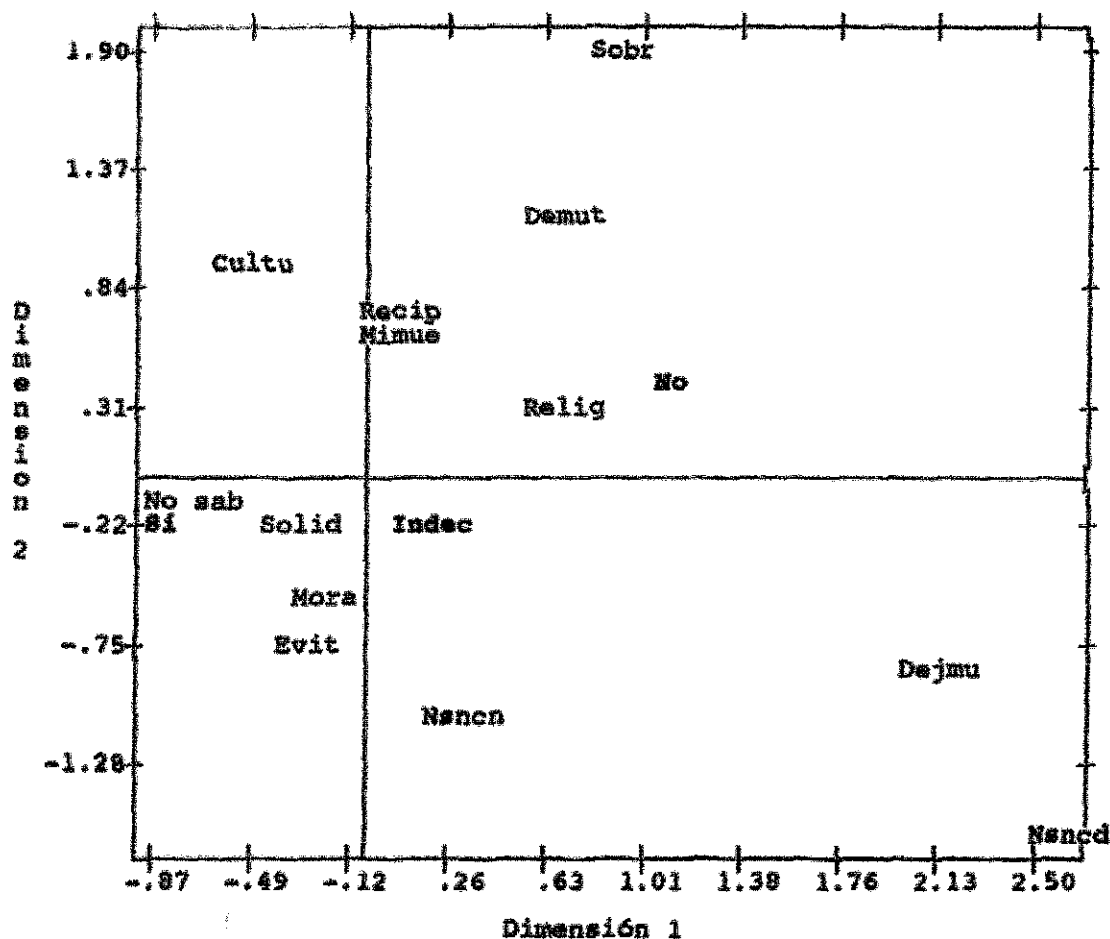
De la tabla anterior se deduce que el factor 1 explica en mayor cuantía la variación de las variables consideradas.

Las medidas de discriminación por variable para cada factor fueron las siguientes:

VARIABLE	DIMENSIÓN	
	1	2
PERFADES	.468	.065
RUMDOUNO	.519	.522
RUMNDUNO	.481	.604

Como puede observarse, el factor 1 contiene un gran porcentaje de la variación de las tres variables. El factor 2, por el contrario explica un porcentaje muy bajo de la variación de la disposición a dar el permiso a la donación.

La distribución de las diferentes categorías en el espacio de los factores fue la siguiente:



De la figura anterior pueden extraerse las siguientes asociaciones:

- La categoría "Sí", en relación al permiso familiar, se sitúa próxima a la categoría "No sabe" como justificación para la no donación y a las categorías "Solidaridad", "Moral" y "Evitar la destrucción inútil de los órganos" como razones para la donación.

- La categoría "No" relativa al permiso, y en relación al factor 1 fundamentalmente, guarda proximidad con las razón "Motivos religiosos"

"Reciprocidad" y "Dejar a los muertos en paz" como justificación de la no donación y la razón "Sobrevivir, en cierto modo, a la propia muerte", como posible razón para la donación. La categoría "Dejar a los muertos en paz" se sitúa en el extremo del factor 1.

- La categoría "Indeciso", en el espacio del factor 1, guarda proximidad con la categoría "Reciprocidad", como razón para donar, y las categorías "Miedo a una muerte sólo aparente" y "No sabe/No contesta" en relación a las razones para no donar.

- La categoría "Miedo a una muerte sólo aparente" alegada como razón para no donar aparece muy próxima a la razón "Reciprocidad" como justificación para ser donante. La razón "Desagrado ante la idea de mutilación del cadáver" queda, a su vez, muy próxima a las dos anteriores.

- Las categorías "Moral" y "Evitar la destrucción inútil de los órganos", como razones para la donación, aparecen muy próximas. Dichas categorías se encuentran a corta distancia de la categoría "Solidaridad".

1.6. RELACIÓN ENTRE LAS DIVERSAS VARIABLES DEPENDIENTES CONSIDERADAS EN EL PRESENTE ESTUDIO.

Algunas de las hipótesis que serán discutidas en el apartado siguiente postulan diversas relaciones entre las variables dependientes. Para explorar estas relaciones se han desarrollado los siguientes pasos:

En primer lugar, hemos puesto a prueba la hipótesis de que se trata de variables dependientes iguales; esto es, que su distribución de frecuencias se ajusta a una misma función, pudiendo deberse al azar las variaciones encontradas en las frecuencias de una misma categoría en las diferentes variables. Con el objeto de incluir en esta fase del análisis la variable "predisposición a la donación de los propios órganos", haciéndola comparable al resto de las variables dependientes, hemos unido las dos categorías que muestran una predisposición positiva hacia la donación. Para falsar la hipótesis anterior se ha desarrollado una prueba "Chi-Cuadrado" de ajuste entre distribuciones, tomando las variables dos a dos. Los resultados de esta prueba se expresan en la tabla 6.1.

Chi-Cuadrado Pearson	PERFAFAV	SITVD	PERFADES
PERFAFAV			
SITVD	313.5*		
PERFADES	553.6*	44.7*	
PERFANFA	1,641.1*	986.7*	674.9*
Significado del nombre de las variables: PERFAFAV: Concesión del permiso de extracción de los órganos de familiares que eran favorables a donar sus órganos SITVD: Disposición personal hacia la donación de órganos; PERFADES: Concesión del permiso de extracción de los órganos de familiares de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar; PERFANFA: Concesión del permiso de extracción de los órganos de familiares que no eran favorables a donar sus órganos.			
Significación: * $p < 0,00001$; Grados de libertad: 2			

Tabla nº 6.1: Resultados de la prueba Chi-Cuadrado de ajuste entre distribuciones entre variables dependientes, tomadas dos a dos.

Como puede deducirse, ninguna variable tiene una distribución ajustable a otra; es decir, las cuatro variables son percibidas por los sujetos de forma distinta.

A continuación, para contrastar en qué grado se concentran los diferentes individuos en cada una de las categorías de cada variable, se ha desarrollado un modelo loglineal que incluye a las cuatro variables. Para el desarrollo de este modelo se ha considerado a las cuatro variables dependientes como diferentes categorías de una variable que haría referencia al tipo de situación planteada y se ha cruzado ésta con otra variable que tendría como categorías las diferentes respuestas dadas por los sujetos. De este modo, a efectos de posibilitar el cálculo de nuestro interés, quedaría establecida la Tabla 6.2.

Frecuencia Porcentaje de fila Residuos estandarizados ajustados	SI	No	INDECISO	TOTAL
PERFAFAV	1198 93% 31.0	38 3.0% -24.7	52 4.0% -11.8	1288 25%
SITVD	831 64.5% 7.2	227 17.6% -11.4	230 17.9% 4.8	1288 25%
PERFADES	664 51.6% -3.6	320 24.8% -4.9	304 23.6% 11.7	1288 25%
PERFANFA	185 14.4% -34.6	976 75.8% 41.0	127 9.9% -4.8	1288 25%
TOTAL	2878 55.9%	1561 30.3%	713 13.8%	5152 100%

Tabla 6.2. Frecuencias absolutas, porcentajes de fila y residuos estandarizados ajustados de la distribución de las variables dependientes.

Para establecer hasta que punto las observaciones se concentran más en cada una de las casillas nos hemos detenido en el análisis de los parámetros debidos a la interacción. Estos se exponen en la tabla 6.2.

La comparación de los parámetros y sus intervalos de confianza permite establecer hasta que punto los porcentajes de respuestas afirmativas, negativas o de indecisión son diferentes en las diferentes situaciones.

De esta forma podemos afirmar, con un nivel de confianza del 95% lo siguiente:

- 1) El número de respuestas positivas es significativamente diferente en todas las variables y sigue una gradación ordinal. Así, de mayor a menor porcentaje de respuestas positivas se encuentran las

variables dependientes "perfafav", "sitvd", "perfades" y "perfanfa".

Parámetro Intervalo 95% NC	Sí	No	Indeciso
PERFAFAV	1.40*** (1.29;1.52)	-1.07*** (-1.25;-0.905)	-0.32*** (-0.49;-0.16)
SITVD	0.07 (0.00;0.15)	-0.22*** (-0.36;-0.16)	0.187*** (0.08;0.28)
PERFADES	-0.27*** (-0.35;-0.20)	-0.05 (-0.14;0.03)	0.33*** (0.24;0.42)
PERFANFA	-1.20*** (-1.30;-1.11)	1.40*** (1.30;1.49)	-0.19*** (-0.30;-0.07)

Significado del nombre de las variables: PERFAFAV: Concesión del permiso de extracción de los órganos de familiares que eran favorables a donar sus órganos SITVD: Disposición personal hacia la donación de órganos; PERFADES: Concesión del permiso de extracción de los órganos de familiares de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar; PERFANFA: Concesión del permiso de extracción de los órganos de familiares que no eran favorables a donar sus órganos.

Significación estadística: * $p < 0.01$**

Tabla nº 6.2.: Parámetros de las interacciones entre variables dependientes, debidos al análisis loglineal

2) El número de respuestas negativas es significativamente diferente en todas las variables y sigue también una gradación ordinal. De mayor a menor número de respuestas negativas se sitúan "perfanfa", "perfades", "sitvd" y "perfafav".

3) El número de indecisos no presenta una distinción tan clara entre las diferentes variables, solapándose sus intervalos de confianza. únicamente puede afirmarse que el número de indecisos en "perfanfa" es menor que el existente en "sitvd" y "perfades".

Por último, para explorar la existencia de posibles factores subyacentes a las cuatro conductas de donación, se ha realizado un ACM incluyendo las cuatro variables. La denominación de las diferentes categorías se detalla a continuación:

VARIABLE SITVD = Predisposición a la donación de los propios órganos.

Stsi = Soy donante
Stnop = No soy donante, pero estaría dispuesto a serlo
Stnoni = No soy donante, ni estaría dispuesto a serlo
Stin = Indeciso

VARIABLE PERFAPAV = Disposición a conceder permiso para la extracción de los órganos de un familiar fallecido del que se conoce la voluntad favorable a la donación.

Pfsi = Sí
Pfno = No
Pfin = Indeciso

VARIABLE PERFANFA = Disposición a conceder permiso para la extracción de los órganos de un familiar fallecido del que se conoce su voluntad opuesta a la donación.

Pnfs = Sí
Pnfn = No
Pnfi = Indeciso

VARIABLE PERFADES = Disposición a conceder permiso para la extracción de los órganos de un familiar fallecido del que se desconoce la voluntad al respecto

Pdsi = Sí
Pdno = No
Pdin = Indeciso

Los factores obtenidos han presentado los siguientes valores propios:

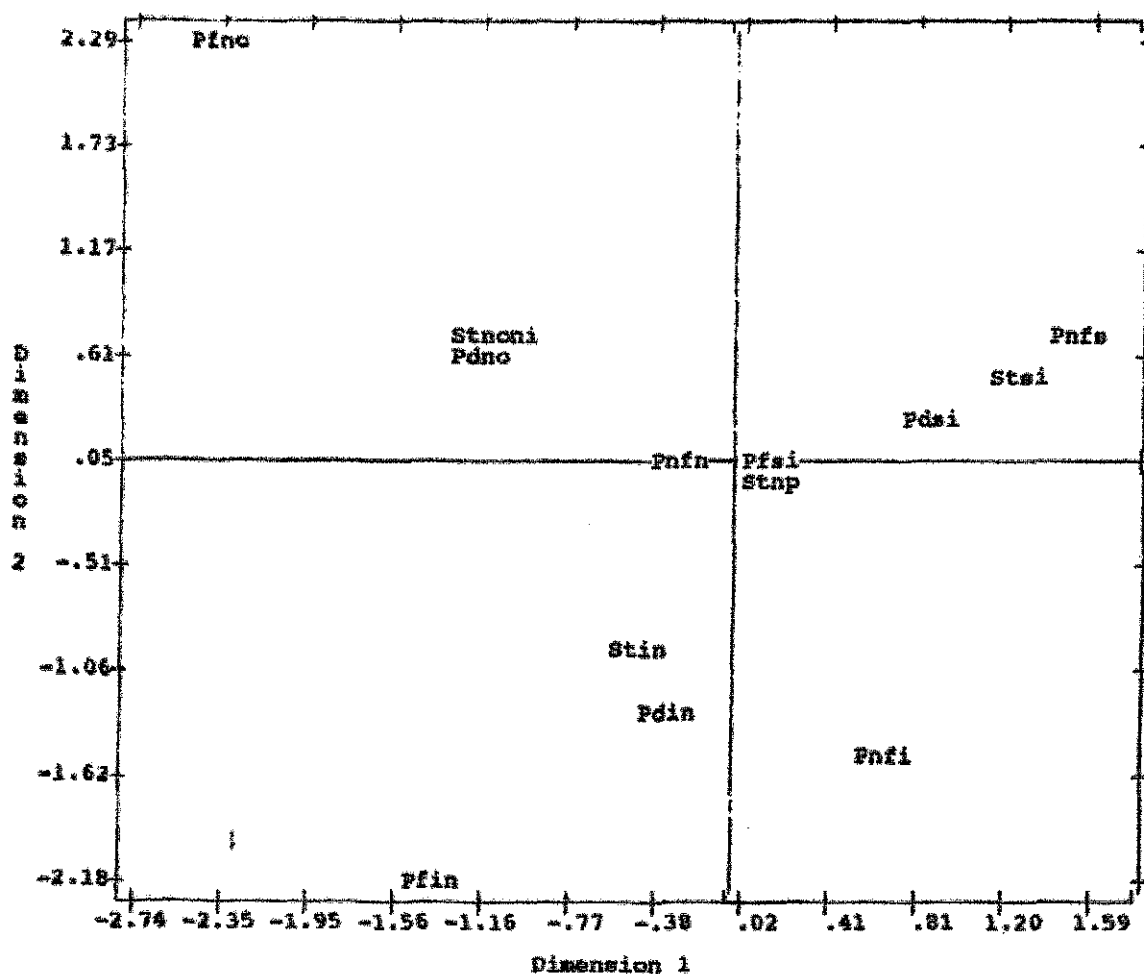
DIMENSION	VALOR PROPIO
1	.4535
2	.3619

A su vez, las medidas de discriminación por variable en cada factor fueron las siguientes:

VARIABLE	DIMENSION	
	1	2
SITVD	.457	.279
PERFAFAV	.278	.346
PERFANFA	.409	.291
PERFADES	.669	.531

De acuerdo a lo anterior, los factores 1 y 2 explican en mayor medida la variación del permiso desconociendo la voluntad del fallecido. El factor 1 contiene importantes porcentajes de la variación del resto de las variables, siendo algo menores las explicadas por el factor 2.

La distribución de las categorías en el espacio de los factores fue la siguiente:



Del gráfico anterior puede extraerse lo siguiente:

- El factor 1 opone la categoría "Dar permiso conociendo voluntad no favorable" a la categoría "No dar permiso conociendo voluntad favorable". Partiendo del eje de coordenadas, se sitúan en los valores positivos del factor categorías de decisión positiva o neutra ante voluntades paulatinamente más

claramente opuestas a la donación por parte del difunto. En la zona negativa del factor, partiendo del eje de coordenadas, se sitúan decisiones neutras o negativas ante posturas gradativamente más claras del familiar fallecido.

- El factor 2 opone la categorías que reflejan la negación del permiso ante la voluntad favorable del difunto a la indecisión ante esta situación, así como a las otras planteadas.

- La categoría relativa a negar el permiso conociendo la voluntad favorable se sitúa en el mismo cuadrante que la negación del permiso desconociendo la voluntad y la oposición a hacerse donante.

- La categoría que refleja la concesión del permiso con una voluntad contraria del fallecido se sitúan en el mismo cuadrante que la categorías "Soy donante" y aquella referida a la concesión del permiso desconociendo la voluntad del fallecido.

- En el cuadrante de valores negativos para ambos factores se sitúan los indecisos ante la donación de los propios órganos y el permiso desconociendo o conociendo la voluntad favorable del difunto. la indecisión ante una voluntad negativa del difunto queda en el cuadrante positivo del factor 1 y negativo del factor 2.

2. DISCUSIÓN

Este apartado está dedicado a analizar y, en su caso, verificar las hipótesis de la investigación y a explicar las causas teóricas y empíricas de los desajustes encontrados entre los aspectos previstos y los resultados encontrados. Además, se discutirán otros resultados no contemplados en las hipótesis de la investigación. Para ello, hemos dividido este apartado, en cuatro sub-apartados que se relacionan con las hipótesis planteadas, sin que necesariamente se limitan a ellas: "Relaciones entre conductas de donación", "Donación de órganos y variables demográficas", "Actitudes hacia los donantes de órganos", "Conocimientos que posee la muestra encuestada sobre temas de donación y trasplante de órganos" y "Opiniones sobre la donación de órganos".

Relaciones entre conductas de donación.

Un primer conjunto de hipótesis postulaba que los cuatro tipos de conductas de donación de órganos que han sido consideradas como variables dependientes en el presente estudio eran percibidas por la muestra encuestada como diferentes, pero relacionadas.

La comprobación de estas conductas, percibidas con características propias, implica la necesidad de demostrar que los sujetos de

la muestra se distribuyen en cada una de ellas de forma significativamente diferente.

Por otra parte, afirmar que estas cuatro conductas se hallan relacionadas quiere decir que la disposición hacia un tipo de donación determinado se relaciona significativamente con la disposición hacia los restantes. Además, esta relación entre las cuatro variables dependientes sigue unas pautas determinadas. En concreto la disposición a donar órganos se verá significativamente alterada, en función del conocimiento que posean los familiares de la opinión del fallecido.

La primera de las hipótesis planteadas en este apartado hace referencia a que la población española percibe los cuatro tipos de donación considerados en esta investigación como conductas diferentes. Esta suposición teórica fue plenamente verificada mediante la prueba "Chi-Cuadrado" de ajuste entre distribuciones, tomando las variables dependientes dos a dos.

Otra de las hipótesis sugería que, a pesar de que los sujetos perciben las conductas de donación como diferentes, éstas también se hallan relacionadas. Para demostrar que las personas partidarias de donar sus propios órganos muestran una disposición más favorable a la donación de los órganos propios y de familiares, otra de las hipótesis de la investigación, se hace necesario probar que:

- a) Las personas que se muestran partidarias de donar sus propios

órganos muestran una mayor disposición a la donación de los órganos de sus familiares. en los tres supuestos investigados (cuando se desconoce sus opiniones sobre la donación, cuando se sabe que eran favorables a donar sus órganos y cuando se conoce que no eran favorables).

Los resultados de los análisis loglineales realizados entre todas las parejas posibles de variables muestran que las personas que son "donantes" tienden a conceder, con una frecuencia significativamente mayor que los sujetos que declararon que "no estarían dispuestos a hacerse donantes", el permiso de extracción de familiares, "cuando se desconoce la voluntad del difunto de donar o de no donar" y "cuando no se sabe que no era favorable a donar sus órganos". También en estos dos supuestos, las personas que en relación a la donación personal de órganos declararon que "no eran donantes, pero sí dispuestas a serlo" tienden a conceder el permiso de extracción más frecuentemente que los "no donantes, ni dispuestos a serlo".

No obstante, la relación entre la variable "disposición a la donación personal de órganos" y la "concesión del permiso de extracción de órganos, cuando se conoce que el familiar fallecido era favorable a la donación de sus órganos", no resulta tan clara. El análisis loglineal solamente pone de manifiesto que entre el grupo de sujetos que "no estarían dispuestos a donar sus propios órganos" hay significativamente más personas que no darían el permiso de extracción que las que declaran que sí lo concederían. Esta

ambigüedad se debe, sobre todo, a la escasa dispersión de respuestas en la variable "concesión del permiso, sabiendo que el familiar era favorable a la donación" (el 93% de los encuestados opina que concedería el permiso en este supuesto). El análisis de correspondencias realizado con las cuatro variables dependientes y expuesto en el apartado de "análisis de resultados", mostró claramente que en relación a la dimensión "1" interpretada como "favorabilidad-desfavorabilidad hacia la donación", la concesión del permiso de extracción cuando el familiar era favorable a donar sus órganos se encuentra representada en el espacio bidimensional en unas coordenadas de disposición favorable hacia la donación, aunque cerca del centro de los ejes.

b) Las personas que declararon que "concederían el permiso de extracción de órganos de familiares de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar" mostrarán una tendencia significativamente mayor a conceder este permiso en los dos restantes casos de la donación familiar. Los análisis loglineales realizados entre estas tres variables, cuyos resultados se expusieron en el apartado de "análisis de resultados", confirmaron plenamente esta hipótesis.

Además, se comprueba que existe una relación significativa entre "donación de órganos" y "donación de sangre"; en concreto, existen significativamente más donantes de sangre entre las personas que declararon que donarían sus órganos o los de sus familiares, que entre aquellas que

dijeron que no los donarían. La única excepción es que esta relación no se manifiesta en la variable "concesión del permiso de extracción de los órganos de un familiar que era favorable a donar sus órganos" debido a la escasa dispersión de las respuestas a esta cuestión.

Por otra parte, la realización de un modelo loglineal con las cuatro conductas de donación de órganos estableció claramente que es posible ordenar las conductas de donación, de acuerdo a la disposición a donar y a no donar manifestada por la muestra encuestada. La población española tiende a donar, en primer lugar, los órganos de sus familiares fallecidos si conocen que eran favorables a donar sus órganos; en segundo lugar, se sitúa la disposición a la donación personal de órganos; en tercer lugar se encuentra la donación de órganos de familiares, de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar; en último lugar, los españoles tienden a donar menos frecuentemente cuando saben que su familiar no era partidario de donar sus órganos. El orden se invirtió al utilizar como criterio de clasificación, la tendencia a no donar; en este caso, la situación que más negativas provocaría es la de un familiar fallecido del que se conocía que no era favorable a donar sus órganos. Esta ordenación también fue confirmada y se recogió gráficamente en el análisis de correspondencia múltiple realizado con las cuatro variables dependientes. Este análisis recogió que los sujetos se distribuyen no solo en una dimensión de "favorabilidad/no favorabilidad" a la donación; sino

también pueden ser representados en otra dimensión en forma de U que tiene en sus extremos los sujetos que harían prevalecer sus opiniones personales (favorables o contrarias a la donación de órganos) frente a las opiniones de los familiares fallecidos; su punto central estaría representado por sujetos cuya decisión es congruente con la información que tienen sobre la opinión acerca de la donación del familiar fallecido; los extremos serían los casos menos frecuentes y el respeto a la voluntad del fallecido sería la opción más aceptada por la mayoría de la población.

La confirmación de estas hipótesis tiene importantes implicaciones en los objetivos de la presente investigación. El hecho de que estas conductas sean percibidas como relacionadas entre sí, pero distintas unas de otras, puede ser interpretado como la confirmación de que la donación de órganos no puede estudiarse como si tratase de un sólo tipo de conductas, sino que existen importantes determinantes ambientales y sociales (por ejemplo, el conocimiento familiar de la voluntad del difunto) que le da características propias a cada tipo de donación. En este sentido, se pone de relieve la importancia de clasificar los distintos tipos de donación de órganos, en función de la percepción social de la población y desde la consideración de este tipo de comportamientos como conductas altruistas, como plantean los estudios de Pearce, Amato y Smithson (Pearce y Amato, 1980, 1983; Smithson y Amato, 1982; Smithson, Pearce y Amato, 1983) y de Chacón (Chacón 1985, 1986; Chacón y cols., 1987). En este

sentido, la utilización de la estrategia de los "episodios sociales" (Forgas, 1980) para clasificar los tipos de donación de órganos resultará de indudable utilidad no sólo desde el punto de vista teórico, sino también con el objetivo de averiguar cuáles son las variables psicosociales que pueden facilitar o inhibir la donación de órganos, en cada una de las situaciones más habituales en donde se desarrolla esta conducta altruista.

Por otra parte, el hecho de que la muestra encuestada perciba las cuatro conductas como relacionadas entre sí puede indicar la existencia en una parte de la población española de una tendencia a donar sus órganos y los de sus familiares en la mayor parte de las situaciones, con la principal limitación del respeto a la voluntad del difunto de no donar. Este factor se configura en la presente investigación y, de acuerdo con otros estudios psicosociales (Tymistra y cols., 1992; Harris y cols, 1991; Prottas y Batten, 1991; Foundation Vincent Gallery, 1991; Savaria y cols, 1990; Evans y Manninen, 1988), como la variable más directamente relacionada con la donación de órganos.

Además de estas implicaciones teóricas, existen otras importantes inferencias de carácter práctico que serán expuestas en el siguiente apartado.

Relación entre las variables demográficas y la disposición a la donación de órganos propios y de familiares.

La primera de las hipótesis relacionadas con variables demográficas hace referencia a que las diferencias inter-regionales conocidas sobre donaciones de órganos deben reflejarse en nuestro caso, se reflejarán en una distinta disposición a la donación de órganos tanto propios como de familiares, en función de las distintas poblaciones. La relación estadísticamente significativa entre esta variable y las distintas variables dependientes se ha podido verificar en todos los casos, es decir, se comprueba que existe una diferente disposición a la donación de órganos en las quince comunidades objeto de la investigación. No obstante, los resultados de los análisis loglineales realizados con el objeto de averiguar qué comunidades tienden a diferenciarse en su disposición a donar órganos deben ser tomados con grandes precauciones, debido a que las muestras no son representativas de la población autonómica en cada caso; bajo estas condiciones las conclusiones que pueden deducirse de los resultados obtenidos deben interpretarse exclusivamente como meramente descriptivas, tendencias de acción en el ámbito de la donación personal y familiar, que deberán ser confirmadas en otros estudios específicos para cada Comunidad o para grupos de Comunidades.

a) En relación a la *"disposición a la donación personal de órganos"*, los resultados obtenidos indican que solo en "Galicia" hay un número de "donantes" menor del esperado, y que solo la comunidad murciana presenta un número de "donantes" mayor del esperado.

En la comunidad extremeña se detecta una tendencia estadísticamente relevante a que haya menos personas dispuestas a hacerse donante de órganos.

Las comunidades que presentan un número de personas estadísticamente significativo que declararon no estar dispuestas a hacerse donantes, son "Asturias" y "Galicia". Por otra parte, esta negativa disposición a donar los propios órganos aparece escasamente representada en "Madrid" y Cataluña.

Por último, los "indecisos" se concentran especialmente en "Cataluña", "Comunidad de Valencia" y "Extremadura".

b) En el caso de considerar la variable dependiente *"concesión del permiso de extracción de familiares de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar"*, las comunidades que muestran unas tendencias estadísticamente significativas a conceder o no el mencionado permiso son diferentes de las anteriormente citadas en relación a la donación personal de órganos.

Los habitantes de la comunidad de "Andalucía" muestran una tendencia significativa a no declarar que concederían el permiso de extracción cuando se desconoce la voluntad del familiar fallecido. Inversamente, "Aragón" expresa de forma significativa su disposición a conceder el permiso.

"Asturias" manifiesta significativamente que "no" concedería el permiso en las condiciones planteadas; mientras que en el "País Vasco" hay una importante concentración de "indecisos".

c) El hecho de que una gran mayoría de sujetos (el 93% del total de la muestra) señalen que *concederían el permiso de extracción de un familiar que haya expresado su voluntad de donar sus órganos*, limita mucho la variabilidad de respuestas en las diversas comunidades. Esta circunstancia se traduce en que sólo en "La Rioja" haya más sujetos que se pronuncien a favor de no conceder el mencionado permiso; sin embargo, la escasa representatividad de la muestra de esta región limita de forma importante la fiabilidad de este resultado.

d) A pesar de que también se puede observar una alta concentración de respuestas, en este caso negativas, en la variable *"concesión del permiso de extracción de familiares que no eran favorables a donar sus órganos"*, el análisis loglineal detecta algunas importantes tendencias de respuesta.

Dos comunidades, "Andalucía" y el "País Vasco" concentran un número importante de personas que no son "donantes". También en el "País Vasco" se encuentra un número importante de sujetos que "no" concederían el permiso de extracción, cuando se conoce el familiar fallecido no era favorable a donar sus órganos.

Por otra parte, en "Cataluña" y en la "Comunidad de Valencia" se concentra un importante número de sujetos que "no" negarían el permiso en las mencionadas circunstancias.

Estos resultados indican que se puede esperar que las campañas educativas dirigidas a la población deberían diseñarse y aplicarse en el ámbito de las Comunidades Autónomas españolas, teniendo especial esmero en adecuarse a las peculiaridades e idiosincrasias regionales.

La restantes hipótesis relacionadas con variables demográficas ("edad", "nivel de estudios" y "clase social") sólo se verifican en dos tipos de donación ("disposición a la donación personal" y "concesión del permiso de extracción, cuando se desconoce la voluntad de donar o de no donar del familiar fallecido"), de las cuatro variables dependientes consideradas en el presente estudio; en las dos restantes ("concesión del permiso de donación cuando el familiar era favorable a la donación de órganos" y "cuando era desfavorable a la cesión de sus órganos") las diferencias encontradas no

permiten confirmar las hipótesis planteadas. Buena parte de esta desconfirmación parcial de las diferencias postuladas entre variables dependientes y variables demográficas se debe a que los sujetos coinciden mayoritariamente en declarar que la concesión o denegación del permiso coincidiría con la opinión conocida del difunto; esta escasa variabilidad dificulta que se establezcan variables significativas.

En el primer caso, la variable "edad" mantiene una relación significativa con la variable "concesión del permiso de extracción de los órganos de un familiar del que se desconoce su voluntad de donar o no donar", pero, esta significación tan sólo se refleja en que los sujetos que tienen entre "26 y 35 años" tienden a declarar que no negarían el permiso de extracción.

En relación a la "disposición personal hacia la donación de órganos", se comprueba que los sujetos "de 18 a 25 años" y "de 26 a 35 años" se declaran "donantes" con una frecuencia significativamente mayor de la esperada; el intervalo de las personas que "no son donantes, pero que estarían dispuestos a serlo" se encuentran significativamente concentradas en el intervalo de edad "de 18 a 25 años". En cambio, los informadores que declararon no ser donantes "ni estar dispuestos a serlo" están constituidos de forma estadísticamente significativa por personas de "56 a 65 años" y de "66 o más años". Otro dato de interés es que el grupo de "indecisos" están compuestos especialmente por sujetos de "36 a 45 años". Estos datos son

congruentes con diversos estudios psicosociales en países de nuestro entorno (Foundation Vincent Gallery, 1991; Gábel Lindskoug, 1987; Evans y Manninen, 1988).

La variable **"nivel de estudios"** mantiene una importante relación con las dos variables dependientes que presentan un rango de respuestas más amplio: **"disposición a la donación de órganos"** y **"concesión del permiso para la extracción de órganos de familiares de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar"**. En ambos casos se verifica la hipótesis establecida de que las personas con bajo nivel de estudios (**"leer y escribir o menos"** y **"primarios"**) muestran una tendencia significativa a no donar órganos propios ni de familiares en el caso de que no conozcan la opinión de los mismos sobre la donación; mientras que las personas con estudios superiores (universitarios medios y superiores) tienden a donar sus órganos y los de sus familiares. Las dos restantes variables dependientes (concesión del permiso de extracción, cuando se conoce que el familiar fallecido era favorable o desfavorable, respectivamente) no se relacionan significativamente con la de **"nivel de estudios"** de los encuestados.

Por fin, la variable **"clase social"** se relaciona significativamente con las dos variables dependientes que presentan mayor dispersión de respuestas. De acuerdo con lo establecido en una de nuestras hipótesis, los sujetos de clase social **"alta-media alta"** tienden a ser **"donantes"** de órganos.

mientras que los sujetos que se consideran de clase "baja" manifestaron de forma estadísticamente significativa que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo"; por su parte, el grupo formado por personas que están dispuestas a hacerse donantes tienden a considerarse de clase social "media". En paralelo con estos resultados, las personas de clase "alta/media alta" tienden a declarar más consistentemente que darían el permiso de extracción, desconociendo la opinión del fallecido sobre la donación de sus órganos; mientras que los Informadores de clase social "baja" declaran que "no" concederían el permiso.

El análisis múltiple de correspondencias confirmó plenamente estas conclusiones y añadió algunas más, tanto en el caso de la donación personal como en el de la familiar cuando se desconoce la voluntad del fallecido. Las personas favorables a la donación tienden a ser jóvenes, con estudios superiores o medios y de las clases sociales superiores. Por su parte, los partidarios de no donar sus órganos estarían caracterizados por un menor nivel educativo, pertenecer preferentemente a la clase social baja y tener una edad avanzada. Estos resultados confirman la relación entre juventud, un mayor nivel educativo y cultural, la pertenencia a clases sociales más acomodadas (mayor nivel socioeconómico) y una disposición más favorable a la donación de órganos.

Además de la comprobación o falsación de esta hipótesis, el análisis de los datos de cuestionario permitió encontrar otros resultados importantes, también relacionados con variables demográficas.

En primer lugar, las variables "tamaño de la población donde vive el encuestado", "estado civil" y "ocupación laboral preferente", mostraron relaciones estadísticamente significativas con la "disposición personal a donar órganos". Un análisis más profundo mediante "modelos loglineales" permitió descubrir las siguientes tendencias de respuesta:

- En las "poblaciones pequeñas" (hasta 10.000 habitantes) hay significativamente menos personas "donantes" y más sujetos dispuestos a hacerse donantes. Podemos, pues, deducir que existen especiales dificultades en los pueblos españoles para que la buena disposición a la donación de órganos que muestran estos resultados pueda plasmarse en un aumento de la firma de carnés o tarjetas de donante.

- Los "estudiantes", es el colectivo que muestra una tendencia más clara a ser "donante" o a mostrar una disposición más definida a "estar dispuesto a serlo". Este colectivo se encuentra positivamente con la disposición a ser donante de órganos debido, mayoritariamente está formado por "jóvenes" que poseen un "nivel de estudios" superior a la media; dos de las características que antes hemos asociado a una favorable disposición hacia la donación personal de órganos. En el polo opuesto, se encuentran los

"jubilados" y las personas que se dedican a "sus labores", que ponen de manifiesto una marcada tendencia a "no estar dispuestos a hacerse donantes". Estos dos grupos se caracterizan también por tener una edad significativamente superior a la media de la muestra y un "nivel de estudios" inferior al resto de grupos.

- Los "donantes" se caracterizan por ser "solteros", mientras que los "viudos" suelen responder de forma estadísticamente significativa que no son "donantes" y que tampoco "estarían dispuestos a serlo". Nuevamente, esta relación viene mediatizada por el hecho de que los "solteros" son más jóvenes y con mayor nivel de estudios que los "viudos".

Por otra parte, las personas que declararon dedicarse a "sus labores" muestran una marcada tendencia a no conceder el permiso de extracción de órganos, cuando se desconoce la voluntad de donar o de donar del familiar fallecido".

Según estos resultados, podemos esbozar un perfil de donante de órganos español, a partir de estas variables demográficas, con las características de persona joven, con buen nivel de estudios y pertenecientes a las clases sociales alta o media alta. Un aspecto preocupante de los resultados es que parece existir una tendencia a que las personas de mayor edad, aquellas que generalmente deben tomar la decisión de consentir o no la extracción de órganos de los fallecidos, se muestren más reacios que los

LIBRO
DE
BIBLIOTECA
NACIONAL
DE
MÉDICO
CIRUJANO
D. JUAN
CARLOS
GARCÍA
GARCÍA
1980

jóvenes a donar órganos de familiares cuando se desconoce su voluntad de donar o de no donar, situación de donación ésta que es la más habitual en España.

Relación entre las actitudes hacia los donantes de órganos y la donación de órganos, propios o de familiares.

Esta hipotética relación se concretaba en postular que las personas que declararon tener una actitud más positiva hacia los donantes mostrarían una mayor disposición a donar sus propios órganos y los de los familiares. Los resultados encontrados avalan esta hipótesis en tres de las cuatro variables dependientes.

En primer lugar, tanto donantes como no donantes muestran mayoritariamente una positiva actitud hacia los donantes de órganos, bien sean familiares de los encuestados o público en general. Este resultado es congruente con la mayoría de estudios psicosociales actitudinales realizados en países de nuestro entorno sociocultural, aunque estos trabajos han focalizado generalmente los juicios más en la "donación de órganos" que en los "donantes de órganos" (Foundation Vincent Gallery, 1991 en Francia; Gäbel y cols., 1989 y Gäbel y Lindskoug, 1987, en Suecia; Evans y Manninen, 1988, Manninen y Evans, 1985, 1985 y Corlett, 1985, en Estados Unidos).

En segundo lugar, a pesar de esta valoración generalmente positiva hacia los "donantes de órganos", los análisis loglineales realizados con la finalidad de estudiar las relaciones significativas entre las dos variables actitudinales, incluidas en el cuestionario, y las diferentes variables dependientes han podido constatar que existen importantes diferencias en las

actitudes de los donantes, entre los sujetos que se muestran partidarios de donar sus órganos o los de sus familiares y los que se declararan contrarios a este comportamiento altruista.

En tercer lugar, estos análisis muestran que:

a) *En relación a la donación personal de órganos*, las personas que declararon que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo" mantienen una actitud significativamente más positiva que los sujetos que declararon que "no son donantes, ni estarían dispuestos a serlo". En concreto, existe una acumulación significativa de personas "dispuestas a ser donantes" que tienen una opinión "muy buena" de los donantes, mientras que esta valoración no es elegida de forma sistemática por las personas que "no están dispuestas a ser donantes"; además estos últimos también tienden a declarar con mayor frecuencia de la esperada que la opinión que mantienen sobre los donantes es "indiferente". Podemos concluir pues, que las personas que presentan una actitud más positiva hacia la donación tienden a estar dispuestas a donar sus órganos.

Otro de los resultados encontrados mediante análisis loglineal pone de manifiesto el reducido grupo de personas que se declaran "donantes de órganos" (personas que han firmado un carné o tarjeta de donante) no mantenga una opinión significativamente más positiva hacia su propia condición que el resto de grupo que no se encuentran directamente implicados en la

actualidad en este tema; este dato que no se encuentra recogido en la literatura especializada tiene difícil explicación dentro de los límites de la presente investigación.

El mismo patrón de resultados se obtienen cuando se relaciona la disposición personal hacia la donación con la actitud hacia la posibilidad de que un familiar del encuestado se hiciera donante de órganos. En este caso, las personas que verían "bien" esta eventualidad se muestran significativamente "dispuestas a donar sus órganos"; y, también las personas que no cederían sus órganos se distinguen por declarar con mayor frecuencia de lo esperado que verían "mal" que un familiar sea donante ; además, también muestran una clara tendencia a no decir que verían "bien" esta posibilidad. Por fin, tampoco los "donantes" se distinguen por considerar que estaría "bien" que un familiar suyo se hiciese donante de órganos.

b) En relación a la donación de órganos de un familiar, la hipótesis que venimos manteniendo se verifica plenamente en dos de las variables dependientes, "cuando se desconoce la voluntad de donar o de no donar del familiar fallecido" y "cuando se sabe que era favorable a donar sus órganos".

En el primer supuesto, las personas que muestran unas actitudes más positivas hacia los familiares donantes tienden a declarar con mayor frecuencia que concederían el permiso de extracción más frecuentemente que los sujetos que dicen que "no" darían el permiso; estos últimos además tienden

a ver de forma "indiferente" que un familiar suyo sea donante y eligen la opción "indiferente" par opinar de los donantes en general con una frecuencia significativamente mayor de la esperada. En el caso de que conozcan que el familiar fallecido era favorable a donar sus órganos, la hipótesis mantenida se confirma plenamente; las personas que tienen una opinión "muy buena" de los donantes, concederían el permiso de extracción de órganos más frecuentemente que las que opinan de ellos "mal" o "indiferente". Por otra parte, los resultados del análisis "logit" ponen de manifiesto que hay un mayor número de "donantes" que de "no donantes" que verían "bien" que sus familiares fueran donantes de órganos; esta posibilidad es valorada negativamente por un número mayor de personas que no concederían el permiso, que por "donantes".

Por último, la variable dependiente "concesión del permiso de extracción de un familiar que no era favorable a donar sus órganos", presenta una relación menos clara con las "actitudes". Por una parte, la opinión sobre los donantes no guarda una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente. Sin embargo, la opinión que los encuestados manifiestan sobre los familiares donantes sí presenta una asociación significativa con la variable dependiente; esta significación estadística se centra especialmente en que los sujetos que declararon que "no" concederían el permiso de extracción de familiares que no eran donantes de órganos, tienden a no declarar que

verían "bien" que un familiar sea donante.

Estos resultados abonan la necesidad de reforzar socialmente la figura del donante de órganos, cargándola de connotaciones afectivas positivas, de forma que pueda suponer un modelo de actuación ante situaciones tan dramáticas como es la muerte de un familiar y la eventual petición de donación por parte de los coordinadores de trasplante.

Conocimiento que posee la muestra encuestada sobre donación y trasplante de órganos.

Este apartado contemplaba dos hipótesis. La primera, que hacia referencia a la percepción del trasplante como un medio eficaz y económico, afectará positivamente la disposición a la donación de órganos, tanto propios como de familiares. La segunda hipótesis afirmaba que el conocimiento de donantes o trasplantados de órganos se relacionaría significativamente con una mejor disposición hacia la donación de órganos propios y de familiares. Los resultados obtenidos permiten concluir que se verifican ambas en tres de las cuatro variables dependientes; tan sólo la variable "concesión del permiso de extracción de los órganos de un familiar, que no era favorable a donar sus órganos", no muestra una relación precisa en la línea de lo sugerido en las mencionadas hipótesis.

a) En relación con la variable dependiente *"disposición a la donación personal de órganos"*, se comprueba que los "donantes" opinan más a menudo que las personas que "no son donantes, ni estarían dispuestas a serlo" que los trasplantes son "menos caros" que otros tratamientos alternativos; estos últimos tienden a opinar que los trasplantes son "más caros" que otros tratamientos. La opinión estadísticamente más significativa de los sujetos que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo" es que el coste del trasplante es equiparable al del resto de tratamientos alternativos. También

resulta importante constatar cómo los sujetos "indecisos", aquellos que no están seguros de si donarían o no sus órganos, responden más frecuentemente de lo esperado que "no saben" el coste relativo del trasplante.

La mayor eficacia del trasplantes en relación a otros tratamientos alternativos es la opinión mayoritariamente expresada por las personas que "no son donantes, pero estarían dispuestos a serlo"; esta opción es escasamente elegida por los sujetos que "no estarían dispuestos a serlo"; este grupo considera frecuentemente que los trasplantes son "menos eficaces" que otros tratamientos. Otro dato de gran interés es que los "indecisos" de forma significativa afirman que "no saben" la eficacia relativa de los trasplantes.

Por fin, tal y cómo suponíamos, las personas que han conocido a donantes de órganos o personas que hayan recibido o necesitado un trasplante, son "donantes" con mayor frecuencia que los que no han tenido este tipo de experiencia previa. Esta tendencia se invierte en el caso de los "no donantes, ni dispuestos a serlo", que indican mayoritariamente que no han conocido a donantes o trasplantados de órganos.

Además de estas hipótesis, otras variables han mostrado una relación significativa con la variable dependiente, lo que ha permitido obtener resultados muy interesantes que permiten caracterizar diferencialmente a los "donantes" y a los "no donantes"; entre ellos, podemos destacar los siguientes:

- Sólo los "donantes" de órganos consideran de forma estadísticamente significativa, en relación al resto de grupos, que la información que poseen sobre donación y trasplante de órganos es "suficiente".

- Los "donantes" opinan más frecuentemente que los informadores que no están dispuestos a donar sus órganos, que el trasplante es "una buena prestación sanitaria". Inversamente, los "indecisos" consideran, al igual que los sujetos que no están dispuestos a donar sus órganos, y en relación con los otros dos grupos de la variable dependiente, que el trasplante "no" es una buena prestación sanitaria.

- A pesar de que los dos resultados más importantes del trasplante de órganos son, para el conjunto de los encuestados, "aumentar la calidad de vida" y "vivir más tiempo", los "donantes" tienden a elegir menos frecuentemente la opción "vivir más tiempo", mientras que los "no donantes" tienden a no seleccionar la opción "aumentar la calidad de vida".

- El grupo de personas que se declararon "donantes" es el único que se considera "suficientemente informado" sobre estos temas; esta información la obtuvo preferentemente, en relación a los otros grupos, a través de "vallas y carteles", "profesionales de la medicina", "colegios y otros centros educativos", "prensa y libros" y "amigos y familiares". Por su parte, el grupo de "indecisos", personas que no han tomado aún su decisión sobre la donación

personal de órganos, recibieron la información que poseen sobre estos temas por "televisión"; los medios de comunicación que no tuvieron éxito para informarles de la donación y el trasplante fueron "vallas y carteles", "profesionales de la medicina", "colegios y otros centros educativos", "prensa y libros" y "amigos y familiares", precisamente aquellos que seleccionaron los "donantes". Por otra parte, las personas que "no están dispuestas a hacerse donantes" no se informaron de estos temas a través de "prensa y libros" y de "familiares o amigos".

b) Cuando centramos nuestro análisis en la variable dependiente *"concesión del permiso de extracción de órganos de familiares de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar"*, podemos constatar que se verifican las tres hipótesis que hemos postulado, en relación con el conocimiento que poseen las personas encuestadas sobre estos temas.

Como presuponíamos, el conocimiento de personas que son donantes o que han recibido o necesitado un trasplante de órganos se relaciona significativamente con una mayor disposición a conceder el permiso de extracción de órganos. En concreto, hay una cantidad de "donantes" significativamente mayor entre los que conocen a donantes o trasplantados de órganos, que entre las personas que no los conocen.

El análisis loglineal mostró que, entre las personas que opinan que los trasplantes son "menos caros" que otros tratamientos alternativos hay

significativamente más "donantes" que "no donantes": estos últimos muestran una importante tendencia a considerar a los trasplantes como "más caros" que otros tratamientos.

Las personas que creen que los trasplantes son "más eficaces" que otros tratamientos alternativos, concederían el permiso de extracción más frecuentemente que las que negarían la donación. Estos últimos tienden a considerar con mayor frecuencia que los primeros, que son "menos eficaces". Por otra parte, los "indecisos" de forma significativa "no saben" o "no contestan" a esta cuestión.

Además de la verificación de nuestras hipótesis se han obtenido otros datos de gran interés relacionados con la relación entre el conocimiento que tienen sobre la donación y el trasplante de órganos y la disposición a conceder el permiso de extracción. En concreto, una parte significativa de los "donantes" considera el trasplante como una "buena prestación sanitaria"; por su parte, los "no donantes" muestran una importante tendencia a "no" estar de acuerdo con esta afirmación.

El grupo de "donantes" obtuvo la información que posee sobre donación y trasplante de órganos a través de "profesionales de la medicina", "prensa y libros" y "amigos y familiares", pero no por "televisión"; este último medio de comunicación es el que informa de forma especial a los "indecisos".

c) En relación a la variable dependiente *"concesión del permiso de extracción de órganos de familiares que eran favorables a donar sus órganos"*, sólo la hipótesis de la relación entre *"eficacia"* y *"concesión del permiso de extracción"* se cumple. La principal razón de estos resultados reside en que casi la totalidad de los sujetos (el 93% de la muestra) serían *"donantes"* en una situación como la planteada en la variable dependiente, lo que impide establecer diferencias significativas entre *"donantes"* y *"no donantes"*.

Los sujetos que consideran los trasplantes *"más eficaces"* que otros tratamientos alternativos, muestran una mayor disposición a conceder el permiso de extracción que los que opinan que son *"menos eficaces"*.

Otro resultado significativo es que los partidarios de negar el permiso opinan más frecuentemente que los partidarios de concederlo que el trasplante de órganos es *"un lujo de países más ricos que el nuestro"*.

d) Por último, los informadores que afirmaron que *concederían el permiso, conociendo que el familiar no era favorable a donar sus órganos*, no se diferenciaban de los que negaron esa posibilidad, en la percepción de la *"eficacia"* y del *"coste económico"* de los trasplantes y en el conocimiento previo de donantes o personas que hayan necesitado o recibido un trasplante, tal y cómo aventurábamos en nuestras hipótesis.

Al igual que en el resto de variables dependientes, las personas partidarias de conceder el permiso de extracción declararon de forma

estadísticamente relevante que no habían recibido preferentemente la información que poseen sobre donación y trasplante de órganos a través de la "televisión", medio de comunicación que informó especialmente al grupo de "indecisos".

Por último, los análisis de correspondencia múltiples realizados con las dos principales variables dependientes más importantes aportaron una visión de conjunto que vino a confirmar la capacidad discriminativa entre "donantes" y "no donantes", del conocimiento de personas relacionadas directamente con la donación y el trasplante de órganos y con la valoración de la eficacia y de la economía de los trasplantes; de forma que las personas que han conocido a donantes o trasplantados de órganos y consideran que los trasplantes son más eficaces y económicos que otros tratamientos alternativos muestran una mayor disposición a ser donantes o a facilitar la donación de familiares. Inversamente, las personas que consideran los trasplantes menos eficaces y más caros que otros tratamientos alternativos y no han tenido experiencias directas con donantes o trasplantados de órganos, muestran una mayor disposición a no donar sus órganos y a no facilitar la donación de los de los demás.

La verificación de estas hipótesis ofrece un panorama congruente con los resultados obtenidos en otras investigaciones (Creecy y cols., 1992; Horton y Horton, 1991; Horton y Horton, 1990; Keller, 1989; Winkel y Huismans,

1986; Carducci y Deuser, 1984) que ponían de manifiesto la importante relación entre un mayor conocimiento de la donación de órganos y de los trasplantes y una disposición favorable a la donación. Por otra parte, algunos autores (Meisler y Trachtman, 1989; Nolan y Spanos, 1989) han enfatizado la fuerte asociación entre disposición a la donación de órganos (personal y a través de consentimiento familiar) y haber tenido una experiencia previa en el ámbito de las donaciones o los trasplantes de órganos.

Otro de los aspectos más destacables de los resultados obtenidos en este apartado se deriva del hecho de que las personas que declararon que no sabían si donarían sus órganos o los de sus familiares indicaron sistemáticamente que habían recibido la información que poseen sobre estos temas, a través de la televisión, medio de comunicación éste que no es el que utilizaron los "donantes" para obtener los datos que han facilitado su decisión.

Opiniones sobre la donación de órganos.

Una de nuestras hipótesis adelantaba que el grupo poblacional mejor dispuesto a conceder los permisos de extracción, debería estarlo también del mismo modo, para aceptar la socialización legal de estos recursos (los órganos de las personas fallecidas. Esta hipótesis se relacionaba directamente con las respuestas de los encuestados a la pregunta en la que se pedía su opinión sobre una "legislación que permitiera al Estado disponer de los órganos de los difuntos, sin contar con ningún permiso previo"; esta situación equivaldría a socializar los recursos provenientes de los cadáveres, como si de un bien público indiscutible se tratara.

Los resultados de los análisis loglineales confirman plenamente esta hipótesis, a excepción, una vez más, de la variable "concesión del permiso de extracción de los órganos de un familiar que era favorable a la donación", por la altísima concentración de respuestas en la opción positiva.

Los "donantes" de órganos consideran, con una frecuencia significativamente mayor de lo esperado, que una legislación de este tipo sería un "gran gesto de solidaridad" y "un modo eficaz de evitar el desperdiciar los órganos que se pierden inútilmente". Sin embargo, la opinión más significativa del grupo de "no donantes, ni dispuestos a serlo", es que supondría una "ofensa a los familiares del difunto".

Entre el grupo de personas que considerarían una legislación de las características mencionadas, como un "gran gesto de solidaridad" o "un modo eficaz para no desperdiciar los órganos que se pierden inútilmente" hay un número significativamente mayor de informadores que "concederían el permiso de extracción de órganos de familiares de los que se desconoce su voluntad de donar o de no donar", que de encuestados que no lo concederían. Por otra parte, los "no donantes" opinan con mayor frecuencia que los "donantes" que la implantación de una legislación de esas características sería un "abuso de autoridad" o "una ofensa para los familiares del difunto".

Finalmente, en el caso de considerar la variable dependiente "concesión del permiso de extracción de órganos de un familiar que no era favorable a donar sus órganos", se obtienen los mismos resultados que en los dos casos anteriores.

A pesar de que los "donantes de órganos" muestren una importante aceptación de este tipo de legislaciones, no conviene olvidar que, en términos absolutos, la mayoría de la población española rechaza este tipo de actuaciones impositivas y, que entre los que se oponen a ellas, se encuentran personas que pueden ser convenientemente convencidas mediante métodos educativos.

Razones para donar y para no donar órganos.

Otro de los aspectos centrales de la investigación fue el estudio de las razones para donar y para no donar órganos que manifiestan las personas encuestadas.

En el estudio de los motivos para la donación y para la no donación de órganos se tuvo en cuenta la diferencia entre motivos personales y motivos percibidos en otras personas; es decir, se analizaron tanto las autoatribuciones como las heteroatribuciones. Esta decisión se justificó por que uno de los objetivos de la investigación, el estudio de la percepción social de la donación de órganos para trasplante, se cumplía mejor mediante el análisis no sólo de los motivos personales para donar o para no donar, sino también de los motivos que los informadores consideran que tienen las demás personas para hacerse o no donantes. Por otra parte, aunque la mayoría de los autores que han estudiado puntualmente las atribuciones de la población sobre donación de órganos, se han centrado en las razones para "no donar", los objetivos aplicados de esta investigación, especialmente los de carácter informativo y educativo, implicaban la necesidad de conocer las razones que se relacionan con disposiciones favorables a la donación, tanto de los propios órganos, como los de los familiares, en las que basar campañas y acciones educativas en la población. Además, se consideró de gran utilidad no restringir

la respuesta de los encuestados a la elección de una sola alternativa y pedirle que ordenasen por orden de importancia las dos respuestas posibles a cada pregunta.

En términos generales, las razones personales y las que se perciben en la "gente" para donar órganos son las mismas: "por solidaridad" y "por reciprocidad" ("hacer por los demás lo que se querría que hicieran con uno mismo").

Cuando nos centramos en los motivos para "no hacerse donante de órganos", también coinciden razones personales con las que se perciben en la "gente"; en ambos casos los sujetos escogen preferentemente "por no saber cómo hacerlo" y "por miedo a una muerte sólo aparente". Estos resultados son congruentes con la investigación realizada con una muestra significativa de la población de Madrid (Martín y cols., 1991).

No obstante, aparecen importantes diferencias según la variable dependiente con la que relacionemos estas preguntas.

En concreto, cuando nos centramos en el estudio de la variable dependiente *"disposición para la donación personal de órganos"*, hemos podido comprobar que existen las siguientes tendencias de respuesta:

- Las personas que se muestran dispuestas a hacerse donantes, tienden a declarar que la razón más importante que perciben en la "gente" para donar es "por solidaridad". Por su parte, el grupo de personas que declararon

que "no estarían dispuestos a hacerse donantes" consideran que la "reciprocidad" sería el principal motivo de otras personas para hacerse donantes. Los "donantes" no muestran una tendencia de respuesta que los caracterice respecto a los otros grupos.

- La distribución de razones personales para donar cambia significativamente. Las personas que son partidarias de donar sus órganos, tienden a seguir considerando que la "solidaridad" es su motivo principal. Sin embargo, los informadores que no están dispuestos a donar sus órganos responden con mayor significación estadística que "no saben o no contestan"; es decir, posiblemente, no encuentren razones personales para donar, dada su posición contraria a esta conducta altruista. De esta manera, ambas cogniciones son congruentes y aumenta la dificultad de modificar sus actitudes, cogniciones o comportamientos hacia la donación personal de órganos.

- Las razón personal más importante del grupo de "no donantes, pero dispuestos a serlo", para no donar, coincide con la que los encuestados perciben en la "gente"; en ambos casos, no se hacen donantes, "por no saber cómo hacerlo", aunque, además, perciben en la "gente" otra razón importante: "por no molestarse en hacer las gestiones necesarias".

El grupo de "donantes" elige de forma significativa la alternativa "no sabe-no contesta", tanto cuando se le pregunta por sus razones personales como cuando la cuestión se refiere a otras personas; un nuevo ejemplo de

"consonancia cognitiva" y, posiblemente, de fuerte resistencia a la modificación de opiniones y actitudes.

El grupo de "no donante", pero dispuesto a serlo" mostró una significativa tendencia a declarar que su razón personal más importante para "no donar" es "por creer que hay que dejar a los muertos en paz". Además, evitó elegir de forma muy llamativa la razón "por no saber cómo hacerlo".

Las razones para donar y para no donar en los sujetos, varían significativamente según hayan declarado que concederían o denegarían el permiso de extracción de los órganos de un familiar fallecido sin que se conozca su voluntad de donar o de no donar. Así, pues, se verifica también en este caso nuestra hipótesis. Las principales tendencias de respuestas halladas en cada uno de los grupos de la variable dependiente son las siguientes:

La razón personal más importante para donar, de los "donantes", es "por solidaridad". Los "no donantes" eligen preferentemente las opciones "no sabe/no contesta" y no eligen de forma significativa las opciones "por solidaridad" y "por evitar la destrucción inútil de los órganos".

La razón más importante que consideran los "donantes" que tiene la gente para donar es "por considerarlo una obligación moral". Los sujetos "no donantes" (no concederían el permiso de extracción de los órganos de familiares que han fallecido sin dar a conocer su voluntad de donar o de no donar); consideran que la "gente" dona órganos, "por querer, en cierto modo,

sobrevivir a su propia muerte".

La razón personal más importante para "no donar" órganos por parte de los facilitadores del permiso de extracción de un familiar, es "por no saber cómo hacerlo"; otras de sus características es que rechazan las razones "por creer hay que dejar a los muertos en paz" y "por desagrado ante la idea de mutilación del cadáver". Las personas que declararon que negarían el permiso de extracción dan como principales razones para no hacerse donantes de órganos "por creer que hay que dejar a los muertos en paz" y "por desagrado ante la idea de mutilación del cuerpo".

- Finalmente, la razón más importante que perciben en la "gente" las personas que concederían el permiso de extracción para "no hacerse donante", es por "no saber cómo hacerlo".

El análisis de correspondencias múltiple llevado a cabo para averiguar cómo se asociaban las razones para donar y para no donar con la disposición a la donación de órganos, tanto personal como familiar cuando se desconoce la voluntad de donar o de no donar del difunto, ofrece unos resultados más simples y clarificadores. En ambas situaciones contempladas:

- Los "donantes" eligen como razones para donar la "solidaridad" con los enfermos, la "obligación moral" de ayudarles, el deseo de "evitar que se desperdicien órganos inútilmente"; estas tres razones se hallan muy asociadas entre sí en el espacio bidimensional lo que indica que

puede haber tras ellas un factor o razón general relacionado posiblemente a "normas sociales y personales" sobre conducta altruista. Además, también encuentran que la donación se halla relacionada con la "cultura". No se encuentran asociados a ninguna razón para no donar.

- Los "no donantes" tienden a justificar esta postura alegando razones como "desagrado ante la idea de mutilación del cadáver", "dejar a los muertos en paz" y "miedo a una muerte sólo aparente". Tan sólo se hallan levemente asociados a una razón para donar "querer, en cierto modo, sobrevivir a la propia muerte".

- Los "indecisos" en términos generales no expresan razones concretas para donar y para no donar; en cierto modo justifican su indecisión alegando que no conocen razones para decantarse por una u otra opción. En realidad, la única razón que expresan de forma significativa es para no donar y alegan para ello "motivos religiosos".

Estos resultados ponen de manifiesto algunas conclusiones importantes:

La principal razón personal que se halla relacionada con una favorable disposición a la donación de órganos se refiere, en todos los casos, a la "solidaridad" con el enfermo. Por otra parte, la consideración de la donación como una "obligación moral" es la razón para donar que los encuestados perciben en la "gente" que guarda una mayor relación con la

disposición a donar órganos, propios o de familiares.

La razón fundamental que impide a las personas con buena disposición para donar llevar a cabo esta conducta, es que "no saben cómo hacerlo".

Posiblemente, las carencias informativas sobre estos temas que manifiesta el grupo de "indecisos", se reflejen en la falta de razones para "donar y para no donar"

Las personas que muestran una mala disposición a la donación se muestran especialmente reacias para justificar esta postura; en concreto, en relación a las razones que la "gente" tiene para no donar, los "no donantes" responden con gran frecuencia, con que "no saben" o "no contestan". Las razones personales son más explícitas y destacan justificaciones como "por creer que hay que dejar a los muertos en paz", "por desagrado ante la idea de mutilación del cadáver" y por "miedo a una muerte solo aparente". Este tipo de razones forma parte de una "cultura tradicional de la muerte" que algunos autores españoles (San Gregorio y cols, 1993; Domínguez Roldán y cols. 1991) han relacionado con la tradición religiosa judeo-cristiana.

En relación a la "disposición a la donación personal de órganos", parecen existir dos grupos de sujetos especialmente seguros de sus razones: los "donantes" y los "no donantes, ni dispuestos a serlo". Cada uno de ellos, mantienen razones diferentes tanto para donar como para no donar; ambos

grupos tienden a elegir la opción "no sabe/no contesta" cuando se les pregunta por las razones para actuar en desacuerdo con su disposición actual hacia la donación. Estos grupos pueden resultar más resistentes a la modificación de sus actitudes y de sus comportamientos.

No se acaban aquí, por supuesto, las interpretaciones que pueden realizarse a partir de la riqueza de resultados que se han obtenido en la presente investigación. Hemos resaltado algunas de las conclusiones más importantes que se derivan de la información recogida y que se encuentran directamente relacionadas con los objetivos que nos habíamos proopuesto. A continuación, tomando como punto de partida la discusión de los resultados obtenidos intentaremos ofrecer las bases para intervenciones informativas y educativas que puedan emprenderse dirigidas a distintos bloques de la población española, con el objetivo último de contribuir al desarrollo de un adecuado clima social, que facilite el deseado aumento de las donaciones.

3. BASES PARA INTERVENCIONES EDUCATIVAS EN DONACIÓN DE ÓRGANOS.

Los resultados obtenidos en la presente investigación pueden ser de utilidad para apoyar intervenciones informativas y educativas que tengan como principal finalidad el aumento de la concienciación social sobre la necesidad y la urgencia de donar los órganos, como vía indispensable para la potenciación de los trasplantes.

Antes de pasar a concretar las líneas generales, señalemos los tres resultados más importantes de la presente investigación.

En primer lugar, ha quedado demostrada una disposición generalmente positiva en la población española hacia la donación de órganos, tanto personal como familiar. No obstante, se hace necesario potenciar la canalización de esa buena disposición en conductas efectivas de facilitación de la donación. La principal estrategia es la información objetiva y la educación y adaptada a las características de los distintos grupos de posibles donantes, no donantes e indecisos.

En segundo lugar, queda claro que las personas perciben que la donación individual es una conducta diferente a la donación familiar (concesión de permisos de extracción de órganos de familiares fallecidos). De esta afirmación se deduce que las campañas divulgativas y las intervenciones educativas es conveniente que tengan en cuenta que en la donación personal

la decisión recae fundamentalmente en una sola persona, mientras que en la donación familiar la decisión se encuentra menos focalizada y más distribuida entre los miembros de la familia que se hallan presentes en el momento de la petición. En el caso de la donación familiar ha quedado patente que el conocimiento que la familia tenga sobre la opinión del difunto acerca de la donación de sus órganos ejerce una importante influencia en la concesión o no del permiso de extracción de los órganos del difunto. Partiendo del hecho de que la familia es siempre, en última instancia, la que decide si la donación de órganos de un fallecido se lleva a efecto o no, sería importante que cualquier intervención educativa contara entre sus objetivos prioritarios no sólo con concienciar individualmente a los individuos sobre la necesidad de donar, sino también propiciar un debate interpersonal y, particularmente, familiar, que permita el conocimiento de las actitudes hacia la donación de órganos, que, por otra parte, son mayoritariamente positivas en la sociedad española. Desde este punto de vista, tan importante como fomentar el altruismo es facilitar vías para su canalización. A este reconocimiento de voluntades favorables a la donación puede contribuir no poco la potenciación del carné de donante, al que más adelante dedicaremos un mayor espacio.

En tercer lugar, hemos podido comprobar que, a pesar de que los diferentes comportamientos de donación de órganos analizados en esta investigación son percibidos como conductas diferentes por la muestra encuestada, también se hallan relacionados significativamente entre ellos. En este sentido hemos verificado que las personas que mostraban una disposición favorable a donar sus órganos en una de las situaciones que planteaban las variables dependientes de la investigación tendían a mantener esa disposición en el resto; por otra parte, entre los donantes de órganos había más donantes de sangre que entre los "no donantes". Estos resultados pueden ser interpretados como que existe la necesidad de favorecer cualquier clase de intervención educativa encaminada a favorecer cualquier tipo de donación de órganos.

Información educativa: el medio y el mensaje.

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran una necesidad explícitamente manifestada de recibir información sobre estos temas, como lo prueba el hecho de que sólo los "donantes de órganos" (aquellos que han firmado un carné o tarjeta de donante) consideran que están "suficientemente" informados. Esta falta de información también queda patente en el importante número de encuestados que, en relación a la eficacia y al coste de los trasplantes (aspectos que son considerados objetivables), eligen

la opción de respuesta "no sabe. Pero, sobre todo, resulta muy importante tener en cuenta que la principal razón para no hacerse donante de órganos que señalan las personas con una disposición favorable a la donación es "por no saber cómo hacerlo". De hecho, se puede afirmar que una de las principales características que diferencian a "donantes" de "no donantes, pero dispuestos a serlo" es que éstos últimos no saben cómo hacer efectivas sus intenciones.

La divulgación de información rigurosa sobre la donación y el trasplante de órganos debería ejercer un doble efecto beneficioso. Por una parte, cubrir las lagunas informativas que muestren los sujetos; por otra, propicia el ya mencionado debate, a través del que se dan a conocer las opiniones personales.

Esta información debería presentar ejemplos concretos, historias reales, de donantes y trasplantados de órganos. Poner a la sociedad en contacto con esta realidad, donde la tragedia que implica siempre la muerte de una persona deja paso a la esperanza de vida para otra. Ello favorecería la disposición a la donación. En este mismo sentido pueden interpretarse los datos obtenidos que muestran la positiva relación que existe entre el conocimiento de donantes o de personas que hayan recibido o necesitado un trasplante y la disposición a donar órganos, propios o de familiares. El conocimiento y la reflexión sobre estas experiencias directas, más habituales de lo que podría suponerse (alcanzan a casi la cuarta parte de la población)

deben ser potenciados por todos los medios divulgativos posibles.

Las personas consultadas en nuestra investigación señalaron mayoritariamente que la información sobre donación y trasplante de órganos debe dirigirse "a todos". Esta información dirigida al conjunto de la población debería completarse con otra de carácter más específico dirigida especialmente a las personas que aún no han tomado una decisión sobre estos temas, los "indecisos"; este grupo, especialmente caracterizado por no disponer de información suficiente, representa un porcentaje importante de la población (alrededor del 17% en cuanto a donación personal se refiere) que precisa una atención informativa preferente. Otras de sus características más destacables respecto del conjunto de población son las siguientes: personas adultas (de 36 a 45 años), con bajo nivel educativo y de clase social "media-baja", con responsabilidades familiares y que no han conocido con anterioridad donantes de órganos o personas que hayan necesitado o recibido un trasplante; también se caracterizan por ser personas que consideran que "siempre" debe solicitarse el permiso a la familia en caso de fallecimiento del potencial donante. En sus características demográficas se hallan más cercanos a los personas con una disposición desfavorable hacia la donación que a los "donantes" o "personas dispuestas a serlo".

La población con menor nivel de estudios y rango social mantiene una peor disposición a la donación. Sus principales razones para no donar se

relacionan más con el "miedo a una muerte solo aparente", el "desagrado ante la mutilación del cadáver" y a la necesidad de "dejar a los muertos en paz"; las campañas divulgativas que quieran incidir sobre la parte de la sociedad más renuente a donar sus órganos o facilitar el permiso de extracción, deberán incluir informaciones sobre el respeto más absoluto hacia el difunto y hacia su cuerpo.

La información sobre trasplantes se obtiene fundamentalmente por la televisión; no obstante dos de los grupos de más interés de la presente investigación, "donantes" e "indecisos", se diferencian claramente en cuanto a las tendencias informativas. Los primeros reciben información sobre estos temas en sus "centros educativos", "por prensa y libros" y "por familiares y amigos". Estos son los medios precisamente que no utilizan los "indecisos"; la información que poseen la han recibido preferentemente a través de la "televisión". En cualquier caso la importancia del medio televisivo, seguido a considerable distancia del radiofónico, es indiscutible. Resultaría una medida muy útil salir al paso rápida y eficazmente de informaciones y rumores (comercio de órganos, recuperaciones milagrosas de "muertos", utilización frívola o irrespetuosa de los cadáveres) que pudiesen favorecer la decisión de no donar en las personas que no han tomado aun postura sobre este tema. En otro sentido, la televisión puede ser un medio sumamente eficaz de informar a las personas sobre la donación y de persuadirlas de la necesidad y urgencia

de donar sus órganos. La preparación previa de un conjunto sólido y bien trenzado de argumentaciones y de datos objetivos, simples y bien documentados que sitúen en sus justos términos estas acusaciones contra las donaciones y los trasplantes puede favorecer que la respuesta sea contundente y rápida, paliando en la medida de lo posible el inevitable efecto negativo que tienen este tipo de informaciones en la población.

La información que se trasmita a la sociedad en general deberá tener en cuenta que la consideración del trasplante como más eficaz y económico que otros tratamientos alternativos, caracteriza a las personas con una favorable disposición para la donación personal y familiar, mientras que aquellas que se oponen a la donación valoran el trasplante más negativamente en estos y otros aspectos. Es necesario concienciar a la sociedad española para que contemple el trasplante como un tratamiento sumamente eficaz y, en ocasiones, hasta abultadamente económico (trasplante renal).

Esta información no sólo debe referirse a la eficacia del trasplante en cuanto a aumento de la esperanza de vida, sino que también debe subrayar la "calidad de vida" que comporta este tipo de intervenciones. Estas dos consecuencias positivas son las que consideran más importantes los grupos de personas "no donantes" y "donantes", respectivamente.

La mayoría de la población señala que no ha obtenido información de donación y trasplante de órganos a través de "colegios y centros educativos"

Puede ser de importancia la creación de programas educativos sobre estos temas que vayan destinados a los niños, los adolescentes y los jóvenes que se desarrollen en sus centros educativos que aproveche su período de estudios para promover actitudes positivas hacia la donación.

Creencias, razones y actitudes, favorables y contrarias a la donación, coexisten en un mismo sujeto. La educación en estos temas debe tener como objetivo principal potenciar aquéllas y combatir éstas. Diversos estudios (Winkel y Huisman, 1986) han puesto de manifiesto que la utilización de mensajes refutadores tienen una capacidad de persuasión mayor que los mensajes convencionales. En los mensajes refutadores se incluyen aspectos positivos y negativos de la donación, se enfatizan los primeros y se rebaten los segundos; en los mensajes convencionales sólo se exponen argumentos en favor de la donación. El empleo consistente de esta técnica puede favorecer un cambio actitudinal favorable a la donación.

La necesidad de órganos puede verse paliada si las campañas educativas hacen referencia a la donación multiorgánica, hacia la cual muestra la población española especial predilección.

La motivación para la donación de órganos.

La donación de órganos se plantea como una necesidad clínica, personal, económica y social. Sus principales motivaciones son, sobre todo, la "solidaridad" entre las personas, la idea de "reciprocidad" (hoy se puede ser donante y mañana receptor) y "la obligación moral" de ayudar a los demás. Cualquier programa de información y de educación sobre la donación y el trasplante de órganos podrá considerar estos motivos como principales impulsores de la población española para hacerse donante de órganos.

La razón más citada por los sujetos para no donar los órganos fue, como hemos comentado anteriormente, el "no saber cómo hacerlo". Urge la implantación o agilización de sistemas sencillos y eficaces de registro de voluntades y de compromisos de donación. Por otra parte, también hay que tener en cuenta la dificultad de una parte del pueblo español para entender el concepto de muerte cerebral y afines que pueden estar en la base de la segunda razón para no hacerse donante de órganos: "miedo a la posibilidad de una muerte sólo aparente". No es posible olvidar, además, que entre los "indecisos" y los "no donantes" existen dudas y precauciones sobre el trato que recibe el cadáver del donante y reparos ante la mutilación que sufre con la extracción de órganos. Todas estas razones pueden estar relacionadas con la persistencia en la sociedad española de atavismos mágico-religiosos que deben ser obviados desde una información respetuosa con las convicciones

personales, pero contundente a la hora de desechar objetivamente creencias *claramente negativas hacia la donación* (como por ejemplo la separación entre "muerte cerebral" y "muerte física").

El conocimiento por parte de los coordinadores de trasplante de las principales razones para donar y para no hacerlo puede ser de utilidad para el mejor desempeño de su labor, pedagógica también, de obtención del permiso de la familia del fallecido para proceder a la extracción de sus órganos. En concreto, será de alguna utilidad que se hallen preparados para vencer resistencias a la donación, que provengan del miedo a que el familiar enfermo no haya muerto realmente y para combatir el horror infundado que produce a veces la idea de mutilación del cadáver del familiar.

Importancia de la Comunidad.

Una de las más importantes vías de transmisión de información y de influencia social es la comunidad donde se desarrolla el sujeto habitualmente. La interacción cotidiana entre sus miembros facilita los procesos de intercambio y valoración de información; las noticias referentes a la donación y el trasplante son comentadas y enjuiciadas habitualmente entre amigos, compañeros de trabajo y familiares. La potenciación de los recursos comunitarios (líderes de opinión, informantes-clave, asociaciones vecinales,

etc.) puede llegar a ser un instrumento de indudable utilidad para la creación de un mejor clima social sobre la donación de órganos.

En última instancia, uno de los objetivos principales de la intervención educativa será concienciar a los miembros de la comunidad de su responsabilidad en la salvación de vidas humanas mediante la donación de órganos. Y uno de los medios para ello, puede pasar por el refuerzo social en las campañas divulgativas de la figura del donante de órganos, de modo que sean conocidos sus motivos y las consecuencias de su gesto solidario y generoso. Este sentimiento positivo hacia la figura del donante está ampliamente respaldado por algunos de los resultados de la presente investigación.

Las experiencias en otros países con el envío de cartas de agradecimiento (Bartucci y Sellers, 1988)) a familiares de donantes han puesto de relieve la importancia de contar con informadores privilegiados en el interior de la comunidad. Los efectos de esta tipo de actuaciones no sólo contribuyeron al desarrollo de un mejor clima social sobre estos temas, sino que pusieron de manifiesto el importante poder de persuasión que ejercieron los familiares del donante sobre otros parientes y amigos, a favor de la donación de órganos, convirtiéndose para ello en auténticos agentes comunitarios de intervención, paraprofesionales convencidos, capaces de llevar a la convicción sobre la conveniencia de la donación de órganos.

El carné de donante.

La tarjeta o carné de donante supone un compromiso formal de cesión de los órganos una vez fallecido su poseedor. No obstante, la última decisión corresponde a la familia que puede en última instancia imponer su opinión a la del donante. Hemos podido comprobar que esta posibilidad no es aceptada por la inmensa mayoría de la población española que hacen del respeto a la voluntad del donante, una especie de clamor social de amplia aceptación. Las ventajas y los inconvenientes del carné del donante han sido motivo de amplio debate en la literatura especializada sin que se haya llegado hasta el momento a una conclusión definitiva acerca de su eficacia. Ha sido considerado como un refuerzo social, como un sistema para descargar de responsabilidad a los familiares en el momento de la petición del permiso de extracción y, en la mayoría de los casos, como un factor facilitador de la donación final. Sin entrar en esta polémica el carné de donante debe ser entendido, sobre todo, como un indicador del compromiso personal a favor de la donación de órganos. Su verdadera utilidad es dejar perfectamente clara a los familiares la voluntad de donar de una persona, voluntad que, como hemos podido comprobar en esta investigación, será respetada en la mayor parte de las ocasiones. En este sentido sería de gran interés avisar oportunamente a los familiares sobre la obligación moral que transmite el carné de donante, lo que

repercutiría, al hilo de lo ya comentado, en un aumento de la probabilidad de que, llegado el caso, los deseos del donante se convirtieran en una donación real; con este objetivo habría que valorar las ventajas y los inconvenientes de incluir en la tarjeta de donante la recomendación de que se haga partícipe a la familia del compromiso moral de donación que significa el carné.

El aumento del escaso número de personas que poseen un carné de donante (el 6,1% de la muestra encuestada para la presente investigación) se conforma desde esta perspectiva como un objetivo importante de la intervención educativa en el ámbito de la donación de órganos. En este sentido diversos estudios han recogido estrategias para aumentar el número de personas que firman una tarjeta de donante.

Una de estas estrategias para influir en la población incluye el envío de información rigurosa y objetiva sobre estos temas a las personas que están estudiando para obtener el carné de conducir. Esta información serviría para facilitar la firma del carné de donación que se ofrecería en la entrega del carné de conducir; esta iniciativa podría obrar también como una llamada a la precaución. Desde este punto de vista, no es despreciable la labor divulgativa que podría realizarse en las autoescuelas, a través de convenios puntuales con organismos públicos (Ministerio de Transportes y Comunicaciones, Organización Nacional de Trasplantes, etc.).

También es posible solicitar a los sujetos que vayan a recoger el carné de conducir que rellenen un pequeño cuestionario sobre donación y trasplante de órganos, para después (en el mismo momento o con una demora de hasta dos semanas) entregarles una tarjeta de donante para su firma, si esa fuera su voluntad. Este modo de intervención basada en la "técnica-del-pie-en-la-puerta" (Carducci y Deuser, 1984) puede ser aplicada en diversas instituciones (centros educativos, de trabajo, etc.) y su coste es relativamente bajo.

Sin embargo, la estrategia que puede considerarse "a priori" como más conveniente consiste en simplificar al máximo la gestión burocrática, evitando pérdidas innecesarias de tiempo y facilitando el máximo acceso al carné de donantes, de modo que el acto de la donación sea percibido como rápido, eficaz y gratificante. No sería en absoluto desdeñable que se enviase cada cierto tiempo a los donantes, una información simple y ajustada a la realidad sobre la evolución de las donaciones y de los trasplantes de órganos, junto a noticias aparecidas en los medios de comunicación sobre estos temas. Esta breve notificación supondría un refuerzo social para el donante y podría propiciar el debate familiar, tan firmemente asociado al respeto de la opinión del donante, en caso de fallecimiento y, consecuentemente, a la donación real de sus órganos.

Debemos llegar a la conclusión después de todo lo expuesto, que gran parte del éxito de los trasplantes dependerá de que seamos capaces de informar primero y de educar después a la sociedad de la importancia de entregar sus órganos cuando ya sólo sirvan para alentar una nueva vida, alejándonos cada vez más del desperdicio tan inútil como inexplicable que significa enterrar con ellos tantas esperanzas y tan claras posibilidades.

4. CONCLUSIONES

Principales objetivos de esta investigación han sido estudiar la percepción social que la población española tiene de la donación y el trasplante de órganos, analizar los factores psico-sociales que tienen relación con este comportamiento solidario, perfilar los tipos de donantes y no donantes, y poner de manifiesto elementos de posible importancia desde el punto de vista didáctico. La información obtenida y debidamente analizada tiene el valor de servir de base para el diseño de intervenciones informativas y educativas que potencien las donaciones .

El punto de partida fue considerar la donación de órganos como un conjunto de conductas diferentes, pero relacionadas entre sí. La comprobación de esta hipótesis tiene importantes consecuencias de cara a un mejor abordaje del problema de escasez de órganos para donaciones. Según estos resultados los sujetos perciben de manera diferente la donación personal que la donación familiar. No obstante, parece existir una importante tendencia a que los donantes de órganos propios favorezcan la donación de órganos de familiares. Además, la relación encontrada entre las tres conductas de donación familiar, puede ser interpretada como que la población española considera que debe respetarse la opinión del difunto. Este resultado sirve para enfatizar la importancia de hacer partícipe a la familia, última responsable de la concesión

del permiso de extracción de órganos del fallecido, de la disposición favorable hacia la donación. La provisión de un tipo de carné de donante que informe a su poseedor de la importancia de transmitir su intención a sus familiares, puede resultar un excelente medio de favorecer, en última instancia, la concesión por parte de su familia del permiso de extracción.

Los resultados obtenidos ponen de relieve la existencia en la población española de una disposición generalmente favorable a la donación de órganos (dos de cada tres encuestados son donantes o están dispuestos a serlo), si bien existe un importante porcentaje (casi la quinta parte) que se muestra indeciso. Se hace pues necesario canalizar esta buena disposición a la donación mediante un sistema ágil, rápido y cómodo de registro de voluntades de donación, que puede dar sus mejores frutos si facilita que los familiares del donante sean partícipes de la decisión. Esta afirmación cobra mayor importancia si tenemos en cuenta que la diferencia que separa al donante de la persona que no lo es, pero que estaría dispuesta a serlo, es que ésta manifiesta frecuentemente que "no sabe cómo hacerse donante".

Por otra parte, se deduce de estas premisas que toda intervención informativa o educativa deberá dirigirse a propiciar el intercambio de opiniones sobre estos temas, fundamentalmente en el ámbito familiar.

La intervención educativa se justifica, sobre todo, por el hecho de que la mayoría de la muestra encuestada declara que la información que posee

sobre estos temas es "insuficiente"; muchos de los encuestados no conocen la eficacia y la economía de los trasplantes. Quienes valoran en estas dos variables a los trasplantes más positivamente que otros tratamientos alternativos, tienden a manifestar una mayor disposición a la donación, tanto personal como familiar. Otra de las características que distingue a las personas favorables a la donación de las que muestran una actitud contraria, es el conocimiento (en aquéllas) o el desconocimiento (en las peor dispuestas), de donantes o personas que hayan necesitado o recibido un trasplante de órganos. En este sentido puede resultar de gran valor la realización de campañas divulgativas que pongan en contacto a la sociedad con este tema.

El mensaje de estas campañas deberá, al hilo de los resultados de la investigación, preocuparse de presentar el trasplante de órganos como un tratamiento que proporciona no sólo la posibilidad de vivir más tiempo, sino, y sobre todo, de hacerlo disfrutando de una mayor calidad de vida.

No es posible dejar pasar inadvertida la relación que existe entre una actitud favorable a la donación y determinadas variables demográficas, como juventud, alto nivel de estudios y elevada clase social. Esta situación confirma otros estudios realizados en países de nuestro entorno y realza la validez de la vía educativa como alternativa de intervención preferente para poblaciones menos favorecidas socioculturalmente.

Por otra parte, una acción educativa en este ámbito deberá tener en cuenta los principales motivos que señalan los españoles para donar y para no donar sus órganos. En el primer caso, las razones de "solidaridad" (especialmente en donantes o en personas dispuestas a serlo) y de "reciprocidad", son las que mayor importancia tienen para los sujetos. Entre las razones para no donar destaca, sobre todo, "no saber cómo hacerlo" y el "miedo a una muerte aparente". Esta última tiene especial importancia entre las personas con mala disposición a la donación, aunque también señalan frecuentemente motivos de carácter mágico-religioso como el rechazo a la mutilación del cadáver o la idea de que es necesario "dejar a los muertos en paz". La persistencia de este tipo de creencias y de atavismos culturales debe ser afrontado mediante programas educativos que combatan en base a información rigurosa y clara estas ideas negativas, al tiempo que resalten las consecuencias positivas de las donaciones.

Los programas educativos y las acciones informativas que se emprendan con el objetivo último de aumentar las donaciones deberán tener en cuenta las características del importante grupo de "indecisos", que presentan un perfil sociológico similar al de los "no donantes" y cuyas actitudes y opiniones pueden ser modificadas, en sentido positivo, más fácilmente que las de las personas que se muestran más decididas a no donar sus órganos.

La implantación de programas de educación sobre estos temas, específicamente dirigidos a niños y a jóvenes, puede resultar de una gran utilidad para ir formando actitudes y opiniones favorables a la donación de órganos. Con ello, además se potenciaría la utilización, en pro de tales objetivos, de colegios y centros educativos, medios de información escasamente predispuestos hasta el momento, según las opiniones de los encuestados, a colaborar en este tipo de tareas educativas.

El tan deseado como necesario incremento de las donaciones, pasa, en suma, por concienciar a la sociedad sobre la necesidad de convertir la donación de órganos en un gesto tan habitual como digno de elogio y de reconocimiento social. La educación, en este como en tantos otros temas resulta la respuesta más eficaz, para facilitar el logro de tales objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOUNA, G.M. (1993): Commercialization in Human Organs. *Revista Española de Trasplante*, Vol. 2- Extraordinario 1. Junio, 1993, P 62-64.
- ADAMS, M.M.(1989): Support to organ donor families. *Adv-Clin-Care*. 1989 Nov-Dec; 4(6): 28.
- AL-FAQIH, S.R. (1991): The influence of Islamic views on public attitudes towards kidney transplant donation in a Saudi Arabian community. *Public-Health* 24. 1991 Mar; 105(2): 161-5.
- ALFARO, J. (1993): Elementos para una definición de la Psicología Comunitaria. En R.M. Olave y L. Zambrano (compiladoras): *Psicología Comunitaria y Salud Mental en Chile*. Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- ALONSO, L.; CRESPO, M. y SEGOVIA, J.(1992): Trasplante cardíaco: indicaciones y resultados. *I Sandorama* 1992/3 pp 33-40.
- ALVIRA, F. y MARTINEZ, E. (1985): El efecto de los entrevistadores sobre las respuestas de los entrevistados. *Revista española de investigaciones sociológicas*, 29, P 219-256.
- ALLPORT, G.W. (1954): The historical background or modern social psychology. En G. Lindzey (ed.): *Handbook of social psychology*. Vol. 1. Theory and Method. Addison-Wesley. Cambridge.
- AMERICAN COUNCIL ON TRANSPLANTATION (1988): Citado en Newsweek, 12 Septiembre 1988.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third edition. AMERICAN PSYCHITRIC ASSOCIATION. Washington.
- AMERIGO, M. (1993): La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8 (1),p 101-110.
- ANDREWS, F.M. y MCKENNEL, A.C. (1980): Measures of self-reported well-being: Their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research*, 8, P 127-155.
- ARANZABAL, J. y VILLAR, F. (1990): Costes del tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica. *Nefrología*, vol. X (supl. 4), P 112.

- ARGYLE, M. (1979): Sequence in social behavior as a function of the situation. En G. Ginsburg (ed.): *Emerging strategies in social psychology research*. Wiley. Chichester
- ARGYLE, M. (1987): *The Psychology of Happiness*. P 2. Londres y Nueva York Methuen & Co. LTD.
- AUSTIN, W. y WALSTER, E. (1974): Reactions to confirmations and desconfirmations of expectancies of equity and inequity, *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 208-216.
- AUSTIN, W. (1979): Sex differences in bystander intervention. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 37, nº 11: P 2110-2120.
- AZJEN, I. y FISHBEIN, M. (1980): *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Prentice Hall. Englewood Cliffs.
- AZJEN, I. (1982): On behaving in accordance with one's attitudes. En M.P. Zanna, E.T. Higgins y C. P. Herman (eds.): *Consistence in Social Behavior: The Ontario simposium*, vol. 2.. Erlbaum. Hillsdale.
- AZJEN, I. y MADDEN, T.J. (1986): Prediction of goal directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22: P 453-74.
- AZJEN, I. (1988): *Attitudes, Personality and Behavior*. Open University Press.
- BAKER, L.D. y REITZ, J. (1978): Altruism toward the blind: Effects of sex and dependency of victim. *Journal of Social Psychology*, 104: P 19-28.
- BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- WINKEL, F.W. y KOSC Z.J. (1983): Het donorcodicil: traditionele versus relative rende voorlichting. *Gezondheid en Samenleving*, 4: 229-237.
- BAR-TAL, D. (1976): *Prosocial behavior*. Halsted Press. New York
- BAR-TAL, D. (1984): American study of helpingg behavior: What? Why? Where? En E. Staub, D. Bar-Tal, J. Karylowsky y J. Reykowski. *Development and maintenance of prosocial behavior*. Plenum Press. New York.
- BARNET, A. H.; BLAIR, R.D. y KASERMAN, D.L., 1992): Improving organ donation: compensation versus market. *Inquiry*. Fall, 29 (3); P 372-378, 372-378.
- BARRIGA, S. (1987): La intervención psicosocial: introducción teórica. En S. Barriga, J.M. León y M.F. Martínez: *Intervención psicosocial*. Hora. Barcelona.

- BARRIGA, S. (1991): Psicología ¿para qué?. Sobre los modelos de intervención psicológica. *Papeles del psicólogo* nº 50 p 49-52.
- BARTUCCI M.R. y cols (1986): Donor families responses to kidney recipients letter of thanks. *Transplantation Proceedings*, 18, 401-404.
- BARTUCCI, M.R.; BISHOP, P.R. (1987): The meaning of organ donation to donor families. *ANNA-J*. 1987 Dec; 15(6): 369-71, 410.
- BARTUCCI, M. (1987): Organ donation: a study of the donor family perspective. *Journal of Neuroscience Nursing* 19, 1987, pp 305-9.
- BARTUCCI, M.R. y SELLER, M.C. (1988): A study of donor Families' Reactions to Letters from organ recipients. *Transplantation Proceedings*. Vol. XX, nº 5 (October).
- BATSON, C.D. y GRAY, R.A. (1981): Religious orientation and helping behavior: Responding to one's lwn or to the victim's needs?. *Journal of Personality* 40 p 511-520.
- BATSON, C.D.; DUNCAN, B.D.; ACKERMAN, P.; BUCKLEY, T. y BIRH, K. (1981): Is empathic emotion a source of altruistic motivation?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 3: P 511-520.
- BATSON, C.D.; COKE, J.S. y PYCH, V. (1983): Limits on the two-stage model of empathic mediation of helping: A reply to Archer, Diaz Loving, Gollwitzwer, Davis and Fouschee. Erlbaum Associates. New York.
- BAYES, R. (1982): Papel de la Psicología en un nuevo modelo de actuación interdisciplinaria en el campo de la salud. p 9 *Servicio de Publicaciones Universidad de Cádiz*.
- BENSON, P.L.; DEHORITY, J.; HANSON, E.; LEBOLD, C.; HOCHSCHWENDER, M.; ROHR, R. y SULLIVAN, J. (1980): Intrapersonal correlates of nonspontaneous helping behavior. *The Journal of Social Psychology*, 110: P 87-95, 87-95.
- BERKOWITZ, L. y DANIELS, L.R. (1963): Responsibility and dependency. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66: P 429-436.
- BERKOWITZ, L. y CONNOR, W.H. (1966): Success, failure, and social responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40: P 687-700.
- BERKOWITZ, L. (1973): Reactance and the unwillingness to help others. *Psychological Bulletin*, 71: P 104-12.
- BERKOWITZ, L. (1975): A Survey of Social Psychology, Hindale. The Dryeden Press. 9.

- BERKOWITZ, L. y WALSTER, E. (1976): *Equity Theory: Toward a General Theory of Social Interaction.*, Academic Press, Nueva York
- BIERHOFF, H.W. (1987): Donor and recipient: social development, social interaction, and evolutionary process. *European Journal of Social Psychology*, 17: 113-130.
- BIERHOFF, H.W. y KLEIN, R. (1990): Conducta prosocial. En M. Hewstone, W. Stroebe, J.P. Codol y G.M. Stephenson: *Introducción a la Psicología Social. Una perspectiva europea.*
- BILGEL, H.; BILGEL, N.; OKAN, N.; KILICTURGAY, S.; OZEN Y.; KORUN, N.: Public attitudes toward organ donation. A survey in a Turkish community. *Transpl-Int*. 1991 Dec; 4(4): 243-5.
- BLUMSTEIN, J.F. (1992): The Case for Commerce in Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*, Vol. 24. Nº 5 (October), P 2190-2197.
- BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO (1981): Resolución 15 de Abril de 1.981 (Secretaría de Estado para Sanidad). Cirugía. Modifica res. 27-VIII-1980): sobre condiciones de centros hospitalarios para la extracción de trasplantes. Artículo 8.
- BONOMI, V. y GOZZETTI, G. (1990): Editorial: ¿Is living donation still justifiable?. *Nephrology, Dialysis y Transplantation*. Vol. 5, P 407-409.
- BRIGGS, W.A.; KOMINAMI, N.; WILSON, R.E. y MERRIL, J.P. (1971): Kidney Transplantation in Fanconi Syndrome, *New England Journal of Medicine*, 284, 1, P 25-35.
- BUCKLEY, P.E. (1989): The delicate question of the donor family. *Transplant-Proc*. 1989 Feb; 21(1 Pt 2): 1411-2.
- BUCKLEY, N.; SIEGEL, L.S. y NESS, S. (1979): Egocentrism, empathy and altruistic behavior in young children. *Developmental Psychology*, 15, 3: P 329-330.
- BUCKLEY, P. (1989): The Delicate Question of the Donor Family. *Transplantation Proceedings*. Vol 21, February, p 1411-1412.
- BUDD, R.J.; NORTH, D. y SPENCER, C.P. (1985): Understanding seat-belt use: A test of Bentler and Speckart's extension of the Theory of Reasoned Action. *European Journal of Social Psychology*, 14: P 69-78.
- BUNZEL, B.; GRUNDBOCK, A.; LACZKOVICS, A.; HOLZINGER, C. y cols. (1991): Quality of life after orthotopic heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 10 (3), May-Jun: 45

- BYK, C. (1993): Le droit de la transplantation d'organes en Europe. *Revista Española de Trasplantes*, Vol. 2- Extraordinario, Junio, P 12-15.
- CALLENDER, C.O. (1987): Organ Donation in Blacks: A Community Approach. *Transplantation Proceedings*. Vol XIX No 1 (Febr.) 1551-4.
- CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. y RODGERS, W. (1976): The Quality of American Live: Perceptions, evaluations and satisfactions. Russel Sage Foundation. Nueva York.
- CANALIS, E. (1988): Trasplante renal. Presente y futuro. En Servicio Vasco de Salud: Trasplante de órganos y tejidos. I Jornadas sobre extracción y trasplante de órganos y tejidos. Servicio Vasco de Salud. Baracaldo (Vizcaya).
- CANTAROVICH, F. et al.(1989): Sectarism, uncertainty and fear: *Reverse attitudes organ donation*, *Transplantation Proceedings*, vol 21, nº 1 (February) p 1409.
- CAPLAN, A.L.; VIRNIG, B.(1990): Is altruism enough? Required request and the donation of cadaver organs and tissues in the United States. *Crit-Care-Clin*. 1990 Oct; 6(4): 1007-18.
- CAPRON, A.M. (1987): Anencephalic donors: Separate the dead from the dying. *Hastings Center Report*, 2: P 5-7.
- CARDUCCI, B.J; DEUSER, P.S.; BAUER, A.; LARGE, M., RAMAEK (1989): An Application of the Foot-in the-Door Technique to Organ Donation. *Journal of Business and Psychology* Vol.4 No.2 Winter 1989 245-249.
- CARDUCCI, B.J. & DEUSER, P.S. (1984): The foot-in-the-door-technique: Initial request and organ donation. *Basic and Applied Social Psychology* 5 75-81.
- CASAL, M.C., DELGADO, I. , CEBRIAN, M.P. y VAZQUEZ, S. (1990): Estudio de la calidad de vida en 100 pacientes con trasplante renal. I Comunicaciones presentadas al XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología.
- CAVERO REBOLLO, O. Y COLS.(1992): Trasplante renal: resultados *Actas-Urol-Esp*. 1992 Oct. 16 (9)695-9.
- CASTILLO-OLIVARES, J.L. (1986): Estado actual de los trasplantes, en Aspectos jurídicos y médico-legales en la donación y extracción de órganos para traplante, p 17-27. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- CEA, M.A. (1992): La encuesta psicosocial (1). En M. Clemente Psicología Social: Métodos y Técnicas de Investigación, P 264. Eudema. Madrid.

- CIALDINI, R.B.; BAUMANN, D.J. y KENRICK, D.T. (1981): Insights from sadness: A tree-step model of the development of altruism as hedonism. *Developmental Review*, 1: P 207-223.
- CIENFUEGOS, J.A. (1986) Extracción múltiple de órganos. Preservación y transporte. Aspectos jurídicos y medico-legales en la donación y extracción de órganos para trasplante.
- CLEMENTE, M. (1992): Psicología Social. Métodos y técnicas de investigación. 302. Eudema Universidad. Madrid.
- CLEVELAND, S.E.; JOHNSOHN, D.L. (1970): Motivation and readiness of potential human donors and nondonors. *Psychosomatic Medicine*.
- CLEVELAND, S.E. (1975): Personality characteristics, body image and social attitudes of organ transplant donors versus nondonors. *Psychosomatic-Medicine*; 1975 Jul-Aug Vol 37(4) 313-319.
- COBBS, S. (1976): Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38: P 300-310.
- COHEN, S. y MCKAY, G. (1984): Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S.E. Taylor y J.E. Singer (eds.): *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale. New Jersey.
- COHEN L.R. (1991): The ethical virtues of a future market in cadaveric organs. En W. Land, J.B. Dossetor (eds): *Organ replacement Therapy: Ethics, justice, commerce*. Springer-Verlag, Berlin. 302-310.
- COKE, J.S.; BATSON, C.D. y MC DAVIS, K. (1978): "Empathic mediation of helping: A two-stage model". *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 7: 752-766.
- COMITE DE REGISTRO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGIA (1992): Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología. Informe 1990. *Nefrología*, vol. XII. Núm. 6: P 471-484.
- CONDE, J.L. (1986): La Administración ante la donación, en Aspectos jurídicos y médico-legales en la donación de órganos para trasplante. p 57-62. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- COOK, T.D. (1979). *Quasi-experimentation*. Houghton Mifflin. Boston.
- COPELAND, MAMMANA, FULLER y cols. (1984): Heart Transplantation: Four Years Experience with Conventional Immuno suppression. 250 *JAMA* 1563.

- CORLETT, S. (1985a): Professional and system barriers to organ donation. *Transplant-Proc.* 1985 Dec; 17(6 Suppl 3): 111-9
- CORLETT, S. (1985b): Public Attitudes toward donation. *Transplantation Proceedings*. Vol. XVII, nº 6, Suppl. 3 (December)p 103-110.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. (1986): Salud Comunitaria. p 102-103. Martínez Roca. Madrid.
- COSTA, M y LOPEZ, E. (1986): Salud Mental p 127. Martínez Roca. Madrid.
- COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS (1981): Organ donors recruitment. *Journal of the American Medical Association*, 246, 19, P 2157-2158. ALCER, O, Día del donante.
- CREECY, R.F.; WRIGHT, R. (1990): Correlates of willingness to consider organ donation among blacks. *Soc-Sci-Med.* 1990; 31(11): 1229-32.
- CUBERO J.J.; ROBLES, N.R.; ESPARRAGO, J.F. y SÁNCHEZ CASADO, E. (1990): Donaciones de órgano: ausencia de comprensión social. *Nefrología*, 10: 212.
- CVETKOVICH, G.; BAUMGARDNER, S.R. y TIMBLE, J.E. (1984): Social Psychology: Contemporary perspectives on people. Holt, Rinehart and Winston, Nueva York.
- CHACON, F. (1985): Altruismo y conducta de ayuda. Una taxonomía de episodios sociales. Tesis doctoral no publicada.
- CHACON, F. (1986): Generalización de una clasificación cognitivo-dimensional de episodios de ayuda a una muestra española. *Revista de Psicología Social*, 1, P 7-22, 7-22.
- CHACON, F.; GONZALEZ, M.A. y LOZANO, P. (1987): Psicología de la donación: un enfoque comunitario. En S. Barriga, J.M. Rubio y M.F. Martínez. Hora. Barcelona.
- D'ALESSANDRO, A.M.; PLOEG, R.J.; KNECHTLE, S.J.; PIRSCH, J.D.; STEGALL, M.D.; HOFFMAN, R.; SOLLINGER, H.W.; BELZER, F. y KALAYOGLU, M. (1993): Retransplantation of the liver -a seven year experience. *Transplantation*, vol. 55; nº 5, May; P 1083-1087.
- DAAR, A.S. (1991): Organ donation--world experience; the Middle East. *Transplant-Proc.* 1991 Oct; 23(5): 2505-7.
- DAAR, A.S. (1993): Commerce in transplantable human kidneys. *Revista Española de Trasplantes*, Vol. 2- Extraordinario 1, Junio, P 58-60.

- DAUSSET, J.; HORS, J.; BUSSON, M.; FERSTENSTEIN, J.; OLIVER, R.; PARIS, A. y SACHS, A. (1974): Serologically Defined HL-Antigens and Long-term Survival of Cadaver Kidney Transplants. *New England Journal of Medicine*, 290,18, P 979-984.
- DEAUX, K. (1974): nonimus altruism: Extending the lost letter technique. *Journal of Social Psychology*, 92: P 61-66,61-66.
- DEL CHARRO, F.T.; AKRELD, J.E.M. y HESSING D.J. (1991): Donor recruitment: individual rights on health care and the feasibility of a presumed consent and a required request,system. En *Organ Replacement Therapy: Ethics, justice and commerce*. P 284-286. Springer Verlag. Berlín.
- DEPARTAMENTO DE COMERCIO DE ESTADOS UNIDOS. OFICINA DE CENSOS. ABSTRACT OF THE UNITED STATES 1984. 104th ed. Library of Congress.
- DOMINGUEZ, J.M.; GONZALEZ, Z.A; MORALES OTERO, L. y cols. (1991): Knowledge and Attitude About Organ Donation in a Hispanic Population. *Transplantation Proceedings*, Vol 23 No 2 (April) (1991 P 1084-1806.
- DOMINGUEZ, J.M.; MURILLO, F. y cols. (1991): Aspectos culturales de la percepción de la muerte. Su influencia en la donación de órganos, *Nefrología*. Vol. XI. Suplemento 1,52-54.
- DOUSSET, B.; HOUSSIN, D. (1992): Liver transplantation: the challenges of the 1990s. *Biomed-Pharmacother*. 1992 46 (2-3) P 79-83.
- EIGLER, F.W.; ALBREIHT, K.H.; NIEBEL, W. y KRUSCHKE, A. (1992): Progress in kidney transplantation. *Longenbecks-arco-Chir. Suppl.- Kongressbd 1992*: P 217-23.
- EISENBER, N. (1982): The development of prosocial behavior. Academic Press. Nueva York.
- EISENBERG, N.; CAMERON, E. y TRYON, K. (1984): Prosocial behavior in the preschool years: Metodological and conceptual issues. En E. Staub, D. Bar-Tal, J. Karylowsky y Reykowsky (eds.): *Developmente and maintenance of prosocial behavior*. Plenum Press. New York.
- EISENDRATH, C.R. (1992): Used body parts: buy, sell o swap?. *Transplantation Proceedings*, Vol. 24, nº 5 (October), P 2212-2214.
- EISER, J.R. (1989): *Psicología Social: actitues, cognición y conducta social*. 79-80. Pirámide. Madrid.

- ELIZARI, F.J. (1993): La Iglesia católica ante el trasplante de órganos. *Revista Española de Trasplantes*, Vol. 2- Extraordinario 1, Junio, P 23-26.
- ENZLE, M.E. y HARVEY, M.D. (1979): Recipient mood states and helping behavior. *Journal of Experimental Psychology*, 15: P 170-182.
- EQUIPO DE COORDINACION DE TRASPLANTES DEL HOSPITAL GENERAL DE SEGOVIA (1991): Opiniones y actitudes del personal del Hospital General de Segovia acerca de la extracción órganos para trasplante. *Nefrología*. Vol. XI. Suplemento 1. p 57-59.
- ESOMAR (1973): Fieldwork, sampling and questionnaire design, Amsterdam.
- ETTNER, B. J. et al. (1988): Profesional Attitudes toward organ donation & transplantation, *Dialysis & Transplantation*. Vol. 17, nº 2 February 1988.72.
- EVANS, R.W. y MANNINEN, D.L. (1988): U. S. Public opinion concerning the procurement and distribution of donor organs. *Transplantation Proceedings*, vol. XX, nº5, October: P 781-785.
- EVANS, R.W. et als. (1985): The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England Journal of Medicine*, 312, 9, P 553-559.
- EVANS, R.W.; MANNINEN, D.L.(1988): US Public Opinion Concerning the Procurement and Distribution of Donor Organs. *Transplantation Proceedings*, Vol XX, No 5 (October, 1988; pp 781-5.
- EVANS, M. (1989): Organ donations should not be restricted to relatives, *Journal of medical ethics*. Vol 15,p 17-20.
- EVANS, R.W. (1990): Organ Donation: Facts and figures. *Dialysis and Trasplant*, 19: P 234-235.
- EVANS, R.W. y ORIAN, C.E. (1991): En Evans R.W, Manninen, D.L y Dong, F.B. (eds): The National Cooperative Transplantation Study: Final Report. Bateelle-Seattle Research Center. Seattle.
- EVANS, R.W. (1992): Need, Demand and Supply in Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*, Vol. 24, nº 5 (October): P 2152-2154.
- EVANS, R.W.; MANNINEN, D.L. y MCLYNNE, D.A. (1993): Is retransplantation cost effective?. *Transplantation Proceedings*, vol. 25, nº 1: P 1694-1696.
- EYSENCK, M. W. (1993): Comentario al artículo de Amérigo, M. *Revista de Psicología Social*, P 125-128.

- FALVO, D.R.; WOEHLKE, P.; TIPPY, P. (1987): Family practice residents' attitudes toward organ donation. *J-Fam-Pract.* 1987 Aug; 25(2): 163-6.
- FANZIO, R. H. y ZANA, M.P. (1981): Direct experience and attitude-behavior consistency. En L. Berkowitz (ed.): *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 14. Academica Press. New York.
- FELLNER, C.H. y MARSHALL, J.R. (1968): Twelve Kidney donors. *Journal of the American Medical Association*, nº 206, p 2703-2707.
- FELLNER, C.H.; SCHWARTZ, S.H. (1971): Altruism in Disrepute: Medical versus Public Attitudes toward the Living Organ Donor. *New England Journal of Medicine* 1971.
- FELLNER, CH. (1976/7): Renal transplantation and the living donor: Decision and consequences. *Psychother Psychosom*, vol. 27:139.
- FELLNER, C.H. y MARSHALL, J.R. (1981): Kidney donors revisited. En J.P. Rusthon y R.M. Sorrentino (eds.): *Altruism and helping behavior*. Erlbaum. Hillsdale.
- FERNANDEZ-CRUZ, L; ASTUDILLO, E.; SAENZ, A.; RICART, M.J.; ESMATGES, E.; ANDREU, J. (1992): Trasplante de Páncreas. *Sandorama* 1992/3, P 41-49.
- FERNANDEZ, M.; ZAYAS, E.; GONZALEZ, Z.A.; MORALES OTERO, L.A.; SANTIAGO-DELPIN, E.A. (1991): Factors in a meager organ donation pattern of a Hispanic population. *Transplant-Proc.* 1991 Apr; 23(2): 1799-801.
- FERRANDEZ, A. y JIMENEZ, B. (1992) Seguimiento y evaluación de procesos didácticos. Educación de personas adultas, P 546. Diagrama. Madrid.
- FESTINGER, L. (1957): *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press. Stanford.
- FESTINGER, L. (1980): Looking backward, In L. Festiger (ed.): *Retrospections on Social Psychology*. Oxford University Press. New York.
- FISHBEIN, M. y AZJEN, I. (1975): *Belief, attitude, intention and behavior*. Addison-Wesley. Mass.
- FISHBEIN, M. (1980): *A theory of reasoned action. Some applications and implicat.* 65. Nebraska University Press. Lincoln.
- FONT (1976): Definició de salut. X Congrés de metges i biòlegs de Llengua Catalana. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.
- FORD, L.A.; SMITH, S.W.: Memorability and persuasiveness of organ donation message strategies. 1991 Jul-Aug Vol 34(6) 695-711.

- FORGAS, J.P. (1980): *Social episodes: The study of interaction routines*. London. Academic Press.
- FOUNDATION VICENT GALERY (1991): Sondage sores réalisé du 10 au 20 de septembre 1991, auprès d'un échantillon national de 1193 individus, représentatifs, de la population français âgée de 15 et plus ans. .
- FRANCO, A.; SANTIAGO, C.; GOMEZ, P y OTERO, M.C. (1991): Donación de órganos y nivel socioeconómico. *Nefrología*. Vol. XI. Suplemento 1.p 60-61.
- FRUTOS, M.A.; BLANCA, M.J.; ROSEL, J.; RUIZ, P. y ELOSEGUI, E. (1993): Opiniones de profesiois. sanitarios de Málaga sobre don. y tras. de ór.: actid. en hos. con y sin activ. trasplantadora. *Revista Española de Trasplantes*, Vol. 1, nº 3, P 45-51.
- GABEL, H. y LINDSKOUG, K. (1987): A survey of public attitudes to cadaveric organ donation in a swedish community. *Newsletter (The official journal of the european trasplant coordinators organization)* . Vol. 5, nº 3.p 9-17.
- GABEL, H; LINDSKOUG, K. (1988) :A survey of public attitudes toward cadaveric organ donation in a Swedish community. *Transplant-Proc.* 1988 Jun; 20(3): 431.
- GABER, A.O.; HALL, G.; PHILLIPS, D.C.; TOLLEY, E.A.; BRITT, L.G. (1990): Survey of attitudes of health care professionals toward organ donation. *Transplant-Proc.* 1990 Apr; 22(2): 313-5
- GALLO, P, y cols. (1992): Il contributo della Sezioni di Patologia al Progetto Ital G-Ital-Cardiol, 1992 Jul 22 (7) P 843-53.
- GALLUP (1987) A Gallup Survey: The U.S. public attitudes toward organo trasplantation/organ donation.
- GARCIA FERRANDO, M. (1992): La encuesta; en García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira: El análisis de la realidad social. *Métodos y técnicas de investigación*, P 162. Alianza Universidad. Madrid.
- GARCIA CARRACEDO, M. (1992): La encuesta. En M. García Carracedo, J. Ibáñez y F. Alvira: El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación, P 146. Alianza Universidad Textos. Madrid.
- GARCIA, I. (1993): Donar vida. Muface nº 145, Marzo, p 12-16.
- GARCIA, A. (1993): El juez en el quirófano. *Revista Nacional de Trasplantes*, Vol. 2-Extraordinario 1, Junio, P 16-18.

- GARCIA GONZALEZ, J.A. (1988): Cuestiones y modelos teóricos en Psicología Comunitaria. En: MARTIN, A.; CHACON, F.; MARTINEZ, M. (1988): Psicología Comunitaria. Visor. Madrid 1988.
- GARRISON, R.N.; BENTLEY, F.R.; RAQUE, G.H. y cols. (1991): There is an answer to the shortage of organ donors. *Surg-Gynecol-Obstet.* 9 Nov; 173 (5). 391-6.
- GILL, B.A. (1993): Helping nurses to help patients and families in end-of-life decisions. *Crit-Care-Nurse.* 1993 Feb; 13(1): 84-93.
- GJERTON, D.W.; TERASAKI, P.I.; TAKEMOTO S. y MICKEY, M.R. (1991): National allocation of cadaveric kidneys by HLA matching. Projected effect on outcome and costs. *New England Journal Medical*, Vol. 324 (15) April: P 1032-6, 1032-1036.
- GONZALEZ-RODRIGUEZ, I.; CAMACHO-ASSEF, V.; CADRE-RATON, A.M. (1990): Atención psicológica del acompañante en unidades de cuidados intensivos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*; 1990 Jan-Mar Vol 31(1) 107-112.
- GONZALEZ, B., GRACIANI, R., RIVAS, C. y RODRIGUEZ, S. (1990): La depresión y ansiedad en los pacientes renales. Comunicaciones presentadas al XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, p 409-418.
- GONZALEZ-MOLINA, M. (1990): Resultados actuales en trasplante renal. En M. González-Molina (comp.): Introducción al trasplante renal, P 139. Sandoz. Esplugues (Barcelona).
- GONZALEZ-PORTAL, M. D. (1992): Conducta prosocial: evaluación e intervención. p 34. Morata. Madrid.
- GOTTLIEB, J. y CARVER, C.S. (1980): Anticipation of future interaction and the bystander effect. *Journal of Experimental Social Psychology* 16 p 253-260.
- GOULDNER, A. (1960): The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American sociological Review*, 25, P 161-178, 161-178.
- GREENBERG, M.S. (1980): A theory of indebtedness. In K.J. Gergen, M.S. Greenberg and R. H. Willis (eds.), *Social Exchange*. Plenum. Nueva York.
- HARRIS, R.J.; JASPER, J.D.; LEE, B.C.; MILLER, K.E. (1991): Consenting to Donate Organs: Whose Wishes Carry the Most. *Journal of Applied Social Psychology* 1991 21 1 3-14.

- HELM, B.; BONOMA, T.V. y TADECHI, J.T. (1972): Reciprocity for harm done. *Journal of Social Psychology*, 87:P 89-98,89-98.
- HESSING, D.J.; ELFERS, J.(1985): General and physical self-esteem and altruistic behavior. *Psychological Reports* 1985 56 (3). 930.
- HESSING, J. DICK y cols. (1985): Orgaandonatie tussen recht en psychologie. *Nederland Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*.1985, jun. Vol. 40 (4) 231-241.
- HESSING, D.J.; ELFFERS, H. (1986): Attitude toward dead, fear of being declared dead too soon and donation of organs after dead *OMEGA* Vol. 17 (2) 115-126.
- HESSING, D.K. y ELFFERS, H. (1987): Attitude toward death, fear of being declared dead too soon, and doation of organs after death. *Omega Journal-of-Death-and-Dying*; 1986-87 Vol 17(2) P 115-126,115-126.
- HEWSTONE, M., Stroebe W., Codol, J.P. y Stephenson G.M. (eds.): (1990) "Introducción a la Psicología Social. Una visión europea". Ariel. Barcelona.
- HISCH, D.J. (1989): Death from dialysis termination., *Nephrol. Dial. Transplant*, 4 (1),P 41-44.
- HOFFMAN, M.L.: Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. En Eisenberg (ed.): The development of prosocial behavior. New York. Academic Press.
- HOMANS, G.C. (1974): Social Behavior: Its Elementary Forms.. Harcourt. Edición revisada.. Nueva York
- HOROWITZ, T.A. (1976): Effects of experimentally manipulated levels of moral development and potential helper's identifiability on volunteering to help. *Journal Personality*, 44, 2: P 243-259,243-259.
- HORTON, R.L.; HORTON, P.J. (1990): Knowledge regarding organ donation: identifying and overcoming barriers to organ donation. *Soc-Sci-Med*. 1990; 31(7): 791-800.
- HORTON, R.L. y HORTON, P.J. (1991): A Model of Willingness to become a potential Organ Donor. *Social Science and Medicine*, vol. 33, nº 9: P 1.037-1051.
- HOVLAND, C.I.; LUMSDAINE, A.A. y SHEFFIELD, F.D. (1949): Experiments on mass communication. Princeton University Press. Princeton.

- HOWARD, S. (1990): ¿Cómo pedir a las familias afligidas que donen tejidos u órganos? *Nursing* (edición en castellano). Vol. 89, Octubre, p 62-67.
- HUNTER, F.; PENEAU, M.; MAMOUD, D.; PENGLOAN, J.; LANSON, Y. (1984): Les dons d'organes: enquête sur 1 000 personnes. *J-Urol-Paris*. 1984; 90(5): 325-30.
- ISEN, A.M. y LEVINE, P.F. (1972): Effect of feeling good on helping: Cookies and kindness. *Journal of Personality Social Psychology*, 21: P 384-388,384-388.
- JASPER, J.D.; HARRIS, R.J.; LEE, B.C.; MILLER, K.E.: Organ donation terminology: are we communicating life or death?. *Health-Psychol*. 1991; 10(1): 34-41.
- JIMENEZ-BURILLO, F; ARAGONES, J.I.; GIL, F. y TORREGROSA, J.R. (1984): La Psicología: Contribución al diseño de una sociedad con calidad de vida. I Congreso Nacional del Colegio Oficial de Psicólogos. *Ponencias*, p 88. Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.
- JOHNSON, L.W.; LUM, C.T.; THOMPSON, T.; WILSON, M.L.; URDANETA, M.L. y HARRIS, R. (1988): Mexican-american and anglo-american attitudes toward organ donation. *Transplantation Proceedings*. Vol. XX. Nº 5 (October): P 822-823.
- JOHNSTON, J.(1991): Role of the pediatric nurse in selection and support of potential donors for heart transplantation. *Focus-Crit-Care*. 1991 Apr; 18(2): 167-71
- KANFER, F.H.; STIFTER, E. y MORRIS, S.J. (1981): Self-control and altruism: Delay of gratification. *Child Development*, 52, 2: P 674-682,674-682.
- KARWNADE, S.V.; ENSLEY, R.D.; RENLUND, D.G. y cols. (1992) Cardiac retransplantation: a viable option? the Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Ann-Thorac-Surg*. 1992 Nov 54 (4)
- KATZ, A. H. y HERMALIN, J. (1987): Self-help and prevention. En J. Hermalin y J.A. Morrell (eds.): *Prevention planning in mental health*. Sage Publications. Beverly Hills.
- KAYE, M.P. (1992): IX Registry Report 1992 Twelveth Annual Meeting of International Society for Heart and Lung Transplantation San Diego. .
- KELLER, A.M. (1989): Four Organ Donation Profiles: West Tennessee Survey Results. *Journal of the Tennessee Medical Association* October 1989 527-31.
- KEMPH, J.P. (1977): The kidney or the machine?. *Seminars in psychiatric*, 3, 1, P 145-158.

- KEOG, A.M.; KAN, A. (1992): The Australian and New Zealand Cardiothoracic Transplant R Australian and New Zealand *Journal of Medicine*. 1992 Dec. 712-17
- KEVORKIAN, J. (1989): Marketing of human organs and tissues is justified and necessary. *Med-Law*. 1989; 7(6): P 557-65,557-565.
- KIRSTE, G.; MUTHNY, F.A.; WILMS, H.(1988): Psychological aspects of the approach to donor relatives. *Clinical Transplantation* 1988 Vol.2 No.2 P.67-69.
- KITTUR, D.S.; MCMENAMIN, J.; KNOTT, D. (1990): Impact of an organ donor and tissue donor advocacy program on community hospitals. *Am-Surg*. 1990 Jan; 56(1): 36-9.
- KITTUR, D.S.; HOGAN M.M.; THUKRAL V.K.; MCGAW L.J. y ALEXANDER, J.W. (1991): Incentives for organ donation. *Lancet*, Vol. 338, P 1441-1443.
- LA SPINA, F.; SEDDA, L.; PIZZI, C.; VERLATO, R.; BOSELLI, L.; CANDIANI, A.; CHIARANDA, M.; FROVA, G.; GORGERINO, F.; GRAVAME, V. y cols. (1993): Donor families' attitude toward organ donation. The North Italy Transplant Program. *Transplant-Proc*. 1993 Feb; 25(1 Pt 2): 1699-701.
- LEVI, L y ANDERSON, L (1980): La Tensión Psicosocial. Población, Ambiente y Calidad de Vida. El Manual Moderno. México.
- LEWIS, A.; SNELL, M. (1986): Increasing kidney transplantation in Britain: the importance of donor cards, public opinion and medical practice. *Social Science and Medicine* Vol.22 No. 10. 1075-80.
- LAND, W. y COHEN, B. (1992): Postmortem and living organ donation in Europe: Transplant laws and activities. *Transplantation Proceedings*, vol. 24, nº5 (October), P 2165-2167.
- LATANE, B. y DARLEY, J.M. (1968): Group inhibition of bystander intervention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10: P 215-221,215-221.
- LATANE, B. y DARLEY, J.M. (1970): Social determinants of bystander intervention in emergencies. En J. Macaulay y L. Berkowitz (eds.): *Altruism and helping behavior*. Academic Press. New York.
- LATANE, B. y NIDA, S. (1981): Ten years of research on group size and helping. *Psychological Bulletin* 89 p 308-324.
- LEEDS, R. (1963): Altruism and the norm of giving. *Merril Palmer Quarterly*, 9, P 229-240,229-240.

- LERNER, M.J. (1980): DIVERSOS (se recogen en TEXTO). .
- LEVY, N.B. (ed.) (1983): *Psychonephrology 2: Psychological problems in kidney failure and their treatment*. Plenum, New York.
- LEWIN, K. (1946): Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2: P 24-46.
- LINCOLN, A y LEVINGER, G. (1972): Observers' evaluations of the victim and the attacker in an aggressive incident. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22,202-210.
- LINDSEY, P.A. & McGLYNN, E.A. (1988): State coverage for organ transplantation. A framework for decision making. *Health Services Research* 22 (6): 881-922.
- LOCK, P. (1988): Revisión de la literatura sobre cal. v. y aplicación a la evaluación de los diferentes tratam. para la insu. renal crónica en Cataluña. *SEDYT*, X/3: 71-78.
- LOPEZ, J. (1987): Los Cuestionarios. En Morales, J.F.: *Metodología y Teoría de la Psicología*, P 192-202. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.
- MACDOUGALL, W. (1908): *Introduction to social psychology*. Methuen. Londres.
- MAHONEY, J. y PECHURA, C.M. (1980): Values and volunteers: Analogy of altruism in a crisis intervention. *Psychological Reports*, 47: 1007-1012.
- MANNIEN, D. y EVANS, R. (1985): Public Attitudes and Behavior Regarding Organ Donation. *Journal of American Medical Association*. Vol. 253 nº 21, June 7 p 3111-3115.
- MANNIEN, D. y EVANS, R. (1988): Public Attitudes toward organ donation. *Dialysis and Trasplantation*. Vol, 17, nº2, February,p 74-76.
- MARCHIONI, M. (1990): *Planificación social y Organización de la Comunidad*. p 56. Popular. Madrid.
- MARSHALL, J.R. y FELLNER, C.H. (1977): Kidney donors revisited. *American Journal of Psychiatry*, 134: P 575-576,575-576.
- MARTI, E. y SOTORRES, LL. (1985): Trasplante renal (análisis de costes). *Todo Hospital* Vol. 16 Mayo p: 37-41.
- MARTÍN, A. (1988): Participación comunitaria. Paraprofesionales. Animación Sociocultural.,En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (comps.): *Psicología Comunitaria*. Visor. Madrid.

- MARTÍN GONZÁLEZ, A.; MARTÍNEZ GARCÍA, J.M. y MANRIQUE, S. (1991): Donación de órganos para trasplante. Aspectos psicosociales. *Nefrología*, vol. XI, supl. 1: 62-68.
- MARTINEZ, M.F.; LEON, J.M.; FERNANDEZ, I.F. y BARRIGA, S. (1988): Prevención y promoción en Psicología Comunitaria. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez: *Psicología Comunitaria*. p 62. Visor. Madrid.
- MATESANZ, R. (1991): La donación de órganos: un problema de todos. *Nefrología* Vol XI Suplemento 1. 1991,1.
- MATESANZ, R. (1991): La Organización Nacional de Trasplantes: Un año después. *Nefrología* Vol. XI, Suplemento 1.p 13-22.
- MATESANZ, R. (1992): Editorial. *Nefrología* Vol XII Núm 6 p 462. Sociedad Española de Nefrología. Madrid.
- MATESANZ, B. (1993): Trasplante de donante vivo, la mejor alternativa de éxito. *ECORENAL*, nº1. Julio-Agosto-Septiembre: P 15-16.
- MATTHEWS, K.A.; BATSON, C.D.; HORN, J. y ROSENMAN R.H. (1981): Principles in his nature which interest him in the fortune of others...: The heritability of empathic concern for others. *Journal of Personality*, 34:P 237-247.
- MEISLER, S.H.; TRACHTMAN, H. (1989): Parental attitudes toward organ transplantation. *Pediatr-Nephrol*. 1989 Jan; 3(1): 86-8.
- MENDEZ, E. (1986): La Administración de Justicia. Problemática del Juez de Guardia en la aplicación de la Ley de Trasplantes, en Aspectos jurídicos y médico-legales en la donación y extracción de órganos para trasplante. p 63-68. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- MEYER, J.P. y MULHERIN, A. (1980): From attribution to helping: An analysis of the mediating effects of affect and expectancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 2: P 201-210.
- MIDLARSKY, E. (1984): Competence and helping. En E. Staub, D. Bar-Tal, J. Karylowsky y P. Reykowsky (eds.): Development and maintenance of prosocial behavior. Plenum Press. New York.
- MILDE, F.K.; HART, L.K.; ZEHR, P.S. (1992): Quality of life of pancreatic transplant recipients. *Diabetes care*, 1992 Nov 15 (11) 1459-63.

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO COMISIÓN PERMANENTE SOBRE TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL(1993): Documento de consenso. Puntos éticos de conflicto que puede generar el trasplante de órganos. *Revista Española de Trasplantes* Vol. 2- Extraordinario 1 Junio p 9-17.
- MIÑARRO, J.; SIMON, V. y CASTAÑO, D. (1985): Estudio de la ansiedad en pacientes en hemodiálisis y transplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 40, 2,P 317-329.
- MIÑARRO, J. y RODRIGUEZ, M. (1985): La sexualidad en el enfermo renal. *Alcer*, 42, P 12-18.
- MORIARTY, T. (1969): Crime, commitment, and the responsive bystander: Two field experiments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 370-376.
- MORRIS, J.A. JR; WILCOX, T.R.; FRIST, W. H. (1992): Pediatric organ donation: the paradox of organ shortage despite the remarkable willingness of families to donate. *Pediatrics*. 1992 Mar; 89(3): 411-5.
- MOSCOVICI, S.(1988). *Psicología Social*. 118. Paidós. Barna.
- MOYA, V. (1986): Ley de Trasplantes, en Aspectos jurídicos y médico-legales en la donación y en la extracción de órganos para trasplante p 30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- MULDER, G.F.J.; HENDRIKS, W. y WEIMAR, W. (1987): To exchange or not to exchange. *Newsletter*, Vol. 5 (3), 1987: P 6-9,6-9.
- MURPHY, G.; MURPHY, L.B. y NEWCOMB, T.M. (1937): *Experimental Social Psychology*. Harper and Row. New York.
- MURPHY, P. (1987): Cuando la muerte no es muerte. *Nursig* 87, Enero (edición en castellano), P 50-55.
- MUSTERA 1987 : Informe sobre los trasplantes de hígado y corazón en Cataluña. Generalitat de Catalunya. Dpto. de Sanidad y S.S
- MYNAT, C. y SHERMAN, S.J. (1975): Responsibility attribution in groups and individuals: A direct test of the diffusion of responsibility hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology* 32 p 1111-1118.
- NADLER, A. ; ROMEK , E.; SHAPIRO-FRIEDMAN, A. (1979): Giving in the kibbutz. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 10: P 57-72.

- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (1981): N.I.A.I.D. Study identifies factors that affect renal transplantation outcome. *Journal of the American Medical Association*, 246, 15, P 1163-1164.
- NEEL, A.; DRAKE, B.; CICCARELLI, J. y MENDEZ, R. (1991): Utilization of altruistic marketing strategy for organ procurement. *Transplantation Proceedings*, 23 (5) October, P 2537-8.
- NIVET, H.; LAUGIER, J.; LEBRANCHU, Y.; SALIBA, E.; BENOIT, S.; MERCIER, C.; ROBERT, M. (1990): Prelevements d'organes en pediatrie. Aspects generaux et ethiques. *Agressologie*. 1990; 31(10): 753-5.
- NOLAN, B.E.; SPANOS, P.N.(1989): Psychosocial variables associated with willingness to donate organs. *Canadian Medical Association Journal* Vol. 141, July 127-32.
- NOLLA, J. (1987): Trasplante cardíaco. *Perspectivas y futuro Revista Española de Cardiología*.
- NUDESHIMA, J.(1991): Obstacles to brain death and organ transplantation in Japan. *The Lancet*. Vol 338. Oct 26. 1991.
- O'CONNOR, M. y CUEVAS, J. (1982): The relationship of children's prosocial behavior to social responsibility prosocial reasoning, and personality. *The Journal of Genetic Psychology*, 140: P 33-45.
- OCNOTECO, A.; MARTIN, R.; LAMELAS, R. y cols. (1987): Trasplante cardíaco en el Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. *Revista Española de Cardiología*. Vol. 40. Suplemento II.
- OLBRISCH, M.E.(1989): Psychology's Contribution to Relieving the Donor Organ Shortage: Barriers from Within. *American Psychologist* January 1989 77-78.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1978): Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Salud para Todos num. 1.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1983): Nuevas políticas para educación sanitaria en atención primaria de salud. Documento básico para las discusiones técnicas de la 36 Asamblea Mundial de la Salud. Copenhagen. Europa de la OMS.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1983): Estilos de vida y su impacto sobre la salud. Discusiones técnicas de la 33ª sesión del Comité Regional para
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1983): Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de la salud. *Informes técnicos*. núm. 690.

- ORGANIZACION NACIONAL DE TRASPLANTES. MINISTERIO DE CONSUMO (1993): Programa integral europeo para la donación de órganos.
- ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRTASPLANTES (1993): Memoria O.N.T. 1992. *Revista Española de Trasplantes*. Vol. 2 Nº 2/3.
- ORTELLS, R., MARTIN, M.J., SORIANO, F., FERNANDEZ, M.C., SAINZ, M.M., CEBOLLADA, M. (1990): Actitud de la población laboral hospitalaria ante la generación de órganos. Comunicaciones presentadas al XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería nefrológica, p 87-101.
- OSKAMP, S. (1984): *Applied Social Psychology* 4. Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- ÖSTERGREN, P. O.; GÄBEL, H. (1993): Influence of Social Support and Study Course on Attitudes of 18 Years -Old Students Toward Cadaveric Organ Donation and Transplantation. *Transplantation Proceedings* Vol.25 No.1 February 1993 1702-3.
- PANVIN, S.A., FRAZIER, O.H., KAHAN, B.D. et als. (1984): Cardiac trasplantation: current results on cyclosporine treated patiens, 10 th Interntaional Congress of the Transplantation Society. Minneapolis p 329.
- PARIDIS, K.J.; FRESE, D.K. y SHARP, H.L. (1988): A pediatric perspective on liver transplantation. *Pediatric Clinic North America*, 35: P 409-433.
- PARISI, N.; KATZ, I.(1986): Attitudes toward Posthumous Organ Donation and Commitment to donate. *Health Psychology* 1986 5 (6) 565-80.
- PEARCE Ph. y AMATO, P.R. (1980): A taxonomy of helping: A multidimensional scaling analysis. *Social Psychology Bulletin*, 5: 209-219.
- PECES-BARBA, C. (1993): Problemas morales del Derecho ante el trasplante de órganos. *Revista Española de Trasplantes*, Vol. 2- Extraordinario 1, Junio, P 13-17.
- PELLETIER, M. (1992): The organ donor family members' perception of stressful situations during the organ donation experience. *J-Adv-Nurs*. 1992 Jan; 17(1): 90-7.
- PELLETIER, M.L.(1993): The needs of family members of organ and tissue donors. *Heart-Lung*. 1993 Mar-Apr; 22(2): 151-7.
- PEREZ, L.M.; SCHULMAN, B.; DAVIS, F.; OLSON, L.; TELLIS, V.A.; MATAS, A.J. (1988): Organ donation in three major American cities with large Latino and black populations. *Transplantation*. 1988 Oct; 46(4): 553-7.

- PEREZ, L.M.; MATAS, A.J.; TELLIS, V.A. (1988): Organ Donation in Three Major US Cities by Race/Ethnicity. *Transplantation Proceedings*. Vol XX No. 5 October. 1988 p 815.
- PEREZ, M.A.; RODRIGUEZ, L.; RODRIGUEZ, J.M. y BLANCO, A. (1991): Estudio de revisión de la literatura (1974-88) sobre los aspectos psicológicos implicados en las donaciones y tx. de órg. *Nefrología*. Vol. XI. Suplemento 1, p 69-75.
- PEREZ SAN GREGORIO, M.A.; BLANCO PICABIA, A.; MURILLO CABEZAS, F.; DOMINGUEZ ROLDAN, J.M.; NUNEZ ROLDAN, A. (1992): Psychological profile of families of severely traumatized patients--relationship to organ donation for transplantation. *Transplant-Proc*. 1992 Feb; 24(1): 27-8.
- PEREZ, M.A.; BLANCO, A.; DOMINGUEZ, J.M.; SANCHEZ, B.; GONZALEZ, M.; MURILLO, F. y NUÑEZ, A. (1993): Factores psicológicos que inciden en la donación de órganos para trasplante. *Revista Española de Trasplantes*, Vol. 2-Extraordinario 1, Junio, P 32- 35.
- PERKINS, K.A. (1987): The shortage of cadaver donor organs form trasplantation. Can psychology help?. *American Psychologist*, p 921-930.
- PETERS, T.G. y VAUGHN, W.K. (1990): ns for transplantation: analysis of 27,000 cadaveric donor organs. *South-Med-J*. 1990 Aug; 83(8): P 889-92,889-892.
- PETTY, R.E. y CACIOPPO, J.E. (1981): Attitudes and Persuasion: classic and contemporary approaches. Vm C. Brown. Dubuque. Iowa.
- PILIAVIN, I.M, RODIN, J. y PILIAVIN, J.A. (1975): Cost, diffusion, and the stigmatized victim. *Journal of Personality and Social Psychology* 32; p 429-438.
- PILAVIN, J.A.; DOVIDIO, J.F.; GAERTNER, S.L. y CLARK, R.D. (1981): Emergency Intervention. Academic Press. New York.
- PILAVIN, J.A.; CALLERO, P.L. y EVANS, D.E. (1982): Addiction to altruism? Opponent-process theory and habitual blood donation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 6: P 1200-1213, 1200-1213.
- PILLAVIN, J.A.; DOVIDIO, J.F.; GAERTNER, S.S. y CLARK, R.D. (1981): Emergency intervention. Academic Press. New York.
- PLAWECKI, H.M.; FREIBERG, G.; PLAWECKI, J.A. (1989): Increasing organ donation in the black community. *ANNA-J*. 1989 Aug; 16(5): 321-4.
- PLAWECKI, H.M.; PLAWECKI, J.A. (1992): Improving organ donation rates in the black community. *J-Holist-Nurs*. 1992 Mar; 10(1): 34-46.

- ROSENHAN, D. (1970): The natural socialization of altruistic autonomy. En J. Macaulay y L. Berkowitz (eds.): *Altruism and helping behavior*. Academic Press. New York.
- ROSENHAN, D.L. (1978): Toward resolving the altruism paradox: affect, self-reinforcement and cognition. En L. Wispé (ed.): *Altruism, sympathy, and helping*. Academic Press. New York.
- RUSHTON, J.P. (1980): *Altruism, socialization and society*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs. New Jersey.
- RUSHTON, J.P. (1981): The altruistic personality. En J.P. Rustón y R.M. Sorrentino (eds.): *Altruism and helping behavior*. Erlbaum Associates. New York.
- RUSHTON, J.P.; CHRISJOHN, R.D.; FEKKEN, G.C.(1981): The altruistic personality and the Self-Report Altruism Scale. *Personality-and-Individual-Differences*; 1981 Vol 2(4) 293-302.
- RUSHTON, J.P. (1984): The altruistic personality, En E. Staub, D. Bar-Tal, J. Karylowsky y J. Reykowsky (ed.): *Development and maintenance of prosocial behavior*. Plenum Press. New York.
- SABESIN, S.M y WILLIAMS, J.W. (1988): Estado actual del trasplante hepático. *Hospital Practice*. Edición en español, Vol 3., nº 3, Marzo.
- SALAHUDEEN A.K.; WOODS, H.F.; PINGLE, A.; NURELHUDA, S.; NANDAKUMAR, M. y cols. (1990): High mortality among recipients of bought living-unrelated donor kidneys. *Lancet*, Vol. 336,P 725-728.
- SALAZAR, J.M. (1980): *Psicología Social*. Trillas. México.
- SAMMONS, B.H. (1988): Organ recovery coordinators can help family work through the grieving process. *AORN-J*. 1988 Dec; 48(6): 1181-2.
- SAN MARTIN, H. y PASTOR, V. (1984): *Salud Comunitaria: Teoría y Práctica*. p 144. Díaz de Santos. Madrid.
- SANCHEZ, A. (1988): Intervención comunitaria: introducción conceptual, proceso y panorámica. En MARTIN, A.; CHACON, F. y MARTINEZ, M. (comps.). *Psicología Comunitaria*. p 182. Visor Aprendizaje. Madrid.
- SANCHEZ VIDAL, A. (comp.) (1993): Programas de Prevención e intervención comunitaria.p 14. *Promociones y Publicaciones Universitarias*. Barcelona.
- SARANSON, S.B. (1976): Community Psychology. Network and Mr. Everyman. *American Psychologist*. p 31,326.

- SARANSON, S. y col. (1979): The challenge of the resource exchange network. Jossey-Bass. San Francisco.
- MARTINEZ, M.; LEON, J.M.; FERNANDEZ, I y BARRIGA, S. (1988): Prevención y Promoción en Psicología Comunitaria. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (comp): *Psicología Comunitaria*. 60. Visor. Madrid.
- SCHACHTER, S. y HALL, R. (1952): Group-derived restraints and audience persuasion. *Human relations*, 5, P 397-406,397-406.
- SCHWARTZ, S.H. (1970): Elicitation of moral obligation and self-sacrificing behavior; an experimental study of volunteering to be a bone marrow donor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15: P 283-293,283-293.
- SCHWARTZ, S.H. (1973): Normative explanations of helping behavior: a critique, proposal and empirical test. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9: P
- SCHARWITZ, S.H. y GOTTLIEN, A. (1976): Bystander anonymity and reactions to emergencies. *Journal of Personality and Social Psychology* 39 p 418-430.
- SCHWARTZ, S. y FLEISHMAN, J.A. (1978): Personal norms and the mediation of legitimacy effects on helping. *Social Psychology*. 41 p 306-315.
- SCHWARTZ, S.H. y HOWARD, J.A. (1981): "A normative decision-making model of altruism". En J.P. Rushton y R.M. Sorrentino (eds.): *Altruism and helping behavior*. Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 349-364,349-364.
- SCHWARZ, N. y CLORE, G.L. (1983): Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45 (3), P 513-523.
- SCHWARTZ, H.S.(1985): Bioethical and legal considerations in increasing the supply of transplantable organs: from UAGA to "Baby Fae". *Am-J-Law-Med*. 1985 Winter; 10(4): 397-437.
- SELIGMAN, M. (1981): Indefensión: en la depresión, en el desarrollo y la muerte. Debate. Madrid.
- SELLS, R.A. (1990): Commerce in human organs: a global review. *Eurotransplant newsletter*, nº 75, Mayo 1990, P 11-13.
- SHANDOR, M.; MILES, S. y CROSBY, A. (1988): Public attitudes toward organ donation, *Dialysis & Transplantation*. Vol. 17 nº2 p 74. February. 1988.

- SHANTEAU, J.; HARRIS, R.J.; VANDENBOS, G.R.(1992): Psychosocial and Behavioral factors in Organ Donation. *Hospital and Community Psychiatry* March 1992 Vol.43 N.3 211-12,219.
- SHOTLAND, R.L. y HUSTON, T.L. (1979): Emergencies: What are they and do the influence bystanders to intervene?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 11:P 366-378,366-378.
- SIMMONS, R.G.; FULTON, J. y FULTON, R. (1972): The Prospective Organ Transplantatin Donor: Problems and Prospects of Medical Innovation. *Journal of Death and Dying*, 3, 4, P 319-339.
- SIMMONS R.G.; KAMSTRA, H.L. y THOMPSON C.R. (1974): Psychosocial adjustment five ton nine year posttransplant. *Transplantation Proceedings*, 13:40-43.
- SKELLEY, L. (1993): A vital link in the organ donation process. *Focus-Crit-Care*. 1983 Aug; 10(4): 44-6.
- SKOWRONSKI, J.J. (1990): Increasing the number of people who agree to donate organs,In Shanteau, J. & Harris, R.J. (eds.) *Organ donation and trasplantation*, P 122-135. Washington.
- SMITHSON, M. y AMATO, P.R. (1982): An unstudied region of helping: An extension of the Perce-Amato cognitive taxonomy. *Social Psychology Quaterly*, 45,2: P 67-76,67-76.
- SMITHSON, M. y AMATO, P.R. (1983): An unstudied type of helping. En M. Smithson, P.R. Amatr y P. Perce (eds.): *Dimensions of helping behavior*. Pergamon Press. Oxford.
- SOLOMON,H. y cols.(1993): OKT3 rescue for steroids-resistant rejection in adult liver transplantation. *Transplantation* 1993 Jan. 55 (1) 87-91.
- SPITAL, A. (1989): Unconventional living Kidney donors. Attitudes and use among trasplants' Centers. *Trasplantation*. Vol. 48, nº2, Agosto p 243-248.
- SPITAL, A.; KITTUR, D.S. (1990): Barriers to organ donation among housestaff physicians. *Transplant-Proc*. 1990 Oct; 22(5): 2414-6.
- STAHLBERG, D. y FREY,D. (1992): Actitudes I: Estructura, medida y funciones. En M. Hewstone, W. Stroebe, J.P. Codol y G.M. Stephenson (eds.): *Introducción a la Psicología Social. Una perspectiva europea*. Ariel. Barcelona.
- STAUB, E. (1978): *Positive Social Behavior and Morality: Social and Personal Influences*. Vol. 1. Academic Press. New York

- STEWART, R.S. (1983): Psychiatric issues in renal dialysis and transplantation. *Hospital and community psychiatric*, vol. 34, 7, P 623-628.
- STOECKLE, M.L. (1990): Attitudes of critical care nurses toward organ donation. *Dimens-Crit-Care-Nurs*. 1990 Nov-Dec; 9(6): 354-61.
- STROEBE, W.; LENKERT, A. y JONAS, K. (1988): Familiarity may breed contempt: the impact of student exchange on national stereotypes and attitudes. En W. Stroebe, A. Kruglansky, D. Bar-Tal y M. Hewstone (eds): *The Social Psychology of Intergroup Conflict: theory, research and applications*. Springer. New York.
- STROEBE, W. y JONAS, K. (1992): Actitudes II: Estrategias de cambio de actitudes. En M. Hewstone, W. Stroebe, J.P. Codol y G. M. Stephenson (1990): *Introducción a la Psicología Social. Una perspectiva europea*. Ariel. Barcelona.
- SULLIVAN, T.; THOMPSON, K.; WRIGHT, R.; GROSS, G. y SPADY, D. (1980): *Social Problems: Divergent Perspectives*. John Wiley & Sons. New York.
- SUTHERLAND, D.E.; GRUESSNER, A. y MOUDRY-MUNNS, K. (1991): Report on results of pancreas transplantation in USA. October 1987 to October 1991 from the United Network Organ Sharing Registry. *Clin-Transpl*. 1991: P 31-38, 31-38.
- SWAIN, E. (1970): *Técnicas basadas en la evaluación*. Magisterio Español. Madrid.
- SWERDLOW, J.L. y CATE, F.H. (1990): Lifesaving connections-communications, coordination, and transplantation. *Transplantation*. 1990 Dec; 50 (6): P 992-6, 992-996.
- TRIANDIS, H.C. (1980): *Values, attitudes and interpersonal behavior*. 195. University of Nebraska Press. Lincoln.
- TYMSTRA, T.; HEYINK, J.W.; PRUIM, J.; SLOOFF, M.J.: Experience of bereaved relatives who granted or refused permission for organ donation. *Fam-Pract*. 1992 Jun; 9(2): 141-4.
- ULLMAN, E. (1902): Experimentelle Nierentransplantation. *Wien Klin Wochenschr*, 15, P 281-89.
- UNDERWOOD, B. y MOORE, B.S.: The generality of altruism in children. En Eisenberg (ed.): *The development of prosocial behavior*. New York. Academic Press.

- VALDERRABANO, F. (1993): Cadaver transplantation as an ethical and cost-effective alternative to living donor transplantation: the Spanish experience. Service of Nephrology, Hospital General Gregorio Marañon, Universidad Complutense, Madrid, Spain. *Transplant-Proc.* 1992 Oct; 24(5): 2103-5
- VANDER ZANDEN, W. (1989): Manual de Psicología Social. p 335, 348, 356-357. Paidós Ibérica. Sant Adrià (Barcelona).
- VARELA, J. A. (1975): Can social psychology be applied?. En Deisch, M. y Hornstein, H.: *Applying Social Psychology* p 160. Erlbaum. Nueva York.
- VAZQUEZ DE PRADA, J.A. (1991): Registro Nacional de Trasplante Cardíaco. Primer informe oficial. *Revista Española de Cardiología*, 44: P 293-296,293-296.
- VERNALE, C.; PACKARD, S.A. (1990): Organ donation as gift exchange. *Image-J-Nurs-Sch.* 1990 Winter; 22(4): 239-42.
- VERNALE, C. (1991): Critical care nurses' interactions with families of potential organ donors. *Focus-Crit-Care.* 1991 Aug; 18(4): 335-9.
- VEDERMAN, M. (1974): The search for meaning in Renal Transplantation. *Psychiatric*, 37, 3,P 283-290.
- VIRGIN, B.A. y CAPLAN, A.L. (1992): Required request: What difference has it made?. *Transplantation Proceedings*, vol. 24, nº5 (October), P 2155-2158.
- WAKEFORD, R.E.; STEPNEY, R. (1989): Obstacles to organ donation. *Br-J-Surg.* 1989 May; 76(5): 436-9.
- WALKER, S.R. y ROSSER, R. M. (1988): Quality of Life: Assessment and Application. P 11. MTP Pres Limited. Boston.
- WALSTER, E., BERCHIED, E. y WALSTER, G.W. (1973): New directions in equity research, *Journal of Personality and Social Psychology*, 28,151-176.
- WALLWORK, J., HUTTER, J y ENGLISH, T.A.H. (1988): Providing donor organs for trasplantation. *British Medical Journal*. Vol. 296, 26 March,p 930-931.
- WEBB, R.L.; PORT, F.K.; GAYLIN, D.S.; AGODOA, L.Y.; GREER, J. y BLAGG, C.R. (1990): Recent trends in cadaveric renal transplantation. *Clin-transpl.* 1990: P 75-87,75-87.
- WEIDEMANN, S y ANDERSON, J.R. (1985): A conceptual framework for residential satisfaction. En I. Altman y C.H. Werner (eds.). Home Environments. Plenum Press. Nueva York.

- WEINER, B. (1980): A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 2: P 186-200.
- WEIR, K. y DUVEEN, G. (1981): Further developments and validation of the prosocial behavior questionnaire for use by teachers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22,4: P 357-374,357-374.
- WEST, S.G.; WHITNEY, G. y SCHNEDLER, R. (1975): Helping a motorist in distress: The effects of sex, race and neighborhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, P 691-698.
- WEYANT, J.M. (1978): Effects of mood states, costs, and benefits of helping. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1978. 36 1169-1176.
- WILSON, P. y PETRUSKA, R. (1984): Motivation, model attributes and prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 2:P 458-468.
- WINKEL, F.W. y KOSC, Z.J. (1983): Het donorcodicil: traditionele versus relativerende voorlichting. *Gezondheid en Samenleving*, 4: P 229-237.
- WINKEL F.W. (1984): Public communication on donorcards: A comparison of persuasive styles. *Social-Science-and-Medicine*; 1984 Vol 19 (9) P 957-963,957-963.
- WINKEL, F.W.; HUISMANS, S.E. (1986): Refutational Messages on Donor Cards: a Test of Boomerang Effects. *Psychological Reports* 1986 59.
- WINKEL, F.W; HUISMANS, S.E. (1986): Refutational messages on donor cards: A test of boomerang effects. *Psychological Reports*; 1986 Oct Vol. 59 (2) P 899-910,899-910.
- WISPE, L.G. (1978): Altruism, sympathy and helping. Psychological and sociological principles. Academic Press. New York.
- YOUNGER, S.J.; LANDEFELD, C.S., COULTON, C.J.; JUKNIALIS, B.W. y LEARY, M. (1989): Brain death and organ retrieval. A cross-sectional survey of knowledge and concepts among health professionals. *JAMA*, 262, P 2205-2210.
- YOUNGER, S.J., LANDEFELD, C.S., COULTON, J., JUNKNIAL, B. y LEARY, M.19 (1991): Brain death and organ retrieval: a cross-sectional survey of knowledge and concepts among health professionals. *Journal American Medical Association*, 261, p 2205-2210.
- YOUNGER, S.J. (1992): Psychological impediments to procurement. *Transplantation Proceedings*, Vol. 24, nº5 (october), P 2159-2161.

- YOUNGNER, S.J. y cols. (1985): Psychosocial and ethical implications of organ retrieval. 1985 Aug Vol 313(5) 321-324.
- YOUNGNER, S.J.; ARNOLD, R.M. (1993): Ethical, psychosocial, and public policy implications of procuring organs from non-heart-beating cadaver donors. *JAMA*. 1993 Jun 2; 269(21): 2769-74.
- ZAMBERLAN, K.E. (1992): Quality of life in school-age children following liver transplantation. *Maternal Children Nursing Journal*, Fall Winter, 20 (3-4): 167-
- ZANNINI, P. Y Cols. (1990): Il trapianto di polmone. Una realtà clinica. *Arch-Monaldi-Mal-Torace*. 1990 Sep-Oct 45 (5) 331-42.
- ZUCKERMAN, M. y REISS, H.T. (1978): Comparison of tree models for predicting altruistic behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31: P 972-976.

ANEXOS

Cataluna	0,1	-0,393*	0,293
C. Valenciana	0,218	-0,547*	0,329
Extremadura	-0,314	0,291	0,023
Galicia	-0,247	0,033	0,214
Madrid	-0,231	-0,118	0,349
Murcia	-0,129	-0,216	0,345
Navarra	0,425	-0,226	-0,199
País Vasco	-1,395**	0,818*	0,577
La Rioja	0,71	-0,149	-0,561

Disposición a donar los órganos de un familiar fallecido desconociendo su voluntad de donar

	Si	No	Indeciso
Andalucía	-0,363***	-0,023	0,386
Aragón	0,478*	-0,186	-0,292
Asturias	-0,098	0,552*	-0,454
Cantabria	0,495	0,198	-0,693
Castilla-M	-0,317	0,265	0,052
Castilla-L	0,131	0,073	-0,204
Cataluña	0,014	-0,249	0,235
C. Valenciana	-0,176	0,215	-0,039
Extremadura	-0,284	0,339	-0,055
Galicia	-0,263	0,082	0,181
Madrid	0,061	-0,215	0,154
Murcia	-0,23	0,118	0,112
Navarra	0,421	-1,046	0,625
País Vasco	-0,055	-0,352	0,407*
La Rioja	0,186	0,229	-0,415

Disposición a donar los órganos de un familiar fallecido conociendo su voluntad favorable a la donación

	Si/No
Andalucía	-0,189
Aragón	0,56
Asturias	-0,304
Cantabria	0,064
Castilla-M	-0,495
Castilla-L	-0,074
Cataluña	0,347

C. Valenciana	-0,124
Extremadura	-0,33
Galicia	-0,294
Madrid	0,412
Murcia	0,418
Navarra	0,196
País Vasco	0,831
La Rioja	-1,018**

2. Relación de las variables relativas a la disposición a donar los órganos o a conceder permiso a la donación y variables dependientes asociadas significativamente.

Disposición a la donación de los propios órganos

	Soy donante	No soy donante, pero estaría dispuesto a serlo, pero	No soy donante, ni estaría dispuesto a serlo	Indeciso
EDADCAT				
18-25	0,473*	0,277**	-0,485**	-0,265
26-35	0,611***	-0,163	-0,351**	-0,097
36-45	-0,042	-0,083	-0,171	0,296*
46-55	0,317	-0,175	0,082	-0,224
56-65	-0,497	0,081	0,387**	0,029
66 o mas	-0,862*	0,063	0,538**	0,261
HABITAT2				
1	-0,357*	0,218*	0,016	0,121
2	-0,154	-0,141	0,25*	0,045
3	0,198	-0,023	0,131	-0,306**
4	0,313	-0,053	-0,399**	0,139
ECIVIL				
Soltero	0,403*	0,18	-0,436***	-0,147
Casado	-0,228	0,012	0,013	0,203
Viudo	-0,789*	-0,114	0,633**	0,27
Separado	0,614	-0,078	-0,21	-0,326

ESTUDI				
Leer y escr.	-1,081***	0,09	0,832***	0,159*
Primarios	-0,579***	-0,058	0,338**	0,299**
Secundarios	0,323*	0,281*	-0,413**	-0,191
Medios	0,346	-0,067	-0,108	-0,171
Superiores	0,99***	-0,002	-0,648**	-0,34
CLASESOC				
Alta-M.Alta	1,09***	0,004	-0,56	-0,534
Media	-0,145	0,237**	-0,038	-0,054
Media-Baja	-0,637***	0,091	0,138	0,408*
Baja	-0,308	-0,332*	0,46**	0,18
OCUPACI				
Tr. Fijo	0,104	-0,016	-0,168	0,08
Tr. Eventual	0,312	-0,226	-0,23	0,144
Estudiante	0,563*	0,483***	-0,535*	-0,511*
Paro	-0,07	-0,009	0,236	-0,157
Jubilado	-0,635*	-0,006	0,424**	0,217
S.L.	-0,274	-0,226*	0,273*	0,227
HIJOS				
Si	-0,281**	-0,056	0,202**	0,135*
No	0,281**	0,056	-0,202**	-0,135*
CONOCDON				
Si	0,593***	-0,08	-0,342***	-0,171*
No	-0,593***	0,08	0,342***	0,171*
CONSINFO				
Suficiente	0,245**	-0,028	-0,115	-0,102
Insuficiente	-0,245**	0,028	0,115	0,102
CAROS				
Mas caros	-0,269	0,009	0,344**	-0,353
Igual	-0,103	0,266*	-0,012	-0,151
Menos	0,702***	-0,131	-0,299*	-0,272
NS/NC	-0,33*	-0,144*	-0,033	0,507***
EFICACES				
Mas eficaes	0,014	0,401***	-0,357***	-0,058
Igual	-0,068	0,147	-0,232	0,153
Menos	0,454	-0,457*	0,602*	-0,599
NS/NC	-0,4*	-0,091	-0,013	0,504***

BUENAPRE

Si	0,342**	0,038	-0,189**	-0,191**
No	-0,342**	-0,038	0,189**	0,191**

LUJO

Si	0,029	-0,269**	0,188	0,052
No	-0,029	0,269**	-0,188	-0,052

IMPORUNO

Calidad vida	0,175	0,028	-0,394***	0,191
Vivir mas	-0,417*	-0,026	0,218	0,225
Mej.s.fam.	0,003	0,057	0,021	-0,081
D. costes	0,239	-0,059	0,155	-0,335

OPIPERs

Muy buena	0,046	0,721*	-0,901***	0,134
Buena	-0,521	0,43	-0,398	0,489
Mala	0,547	-0,98	0,603	-0,17
Indiferente	-0,072	-0,171	0,696*	-0,453

IMPOREL

Mucha	-0,013	-0,234**	0,17	0,077
Bastante	-0,235	0,229**	-0,058	0,064
Poca	0,089	0,031	-0,187	0,067
Ninguna	0,159	-0,026	0,075	-0,208

RGDUNO

Moral	0,102	0,222	-0,185	-0,139
Solidaridad	0,023	0,199*	-0,229	0,007
Sobrevivir	-0,612	-0,212	0,551*	0,273
No cuesta	0,473	-0,279	-0,119	-0,075
Reciprocidad	0,014	0,07	-0,018	-0,066

RGNDUNO

No recibir	-0,237	0,17	-0,058	0,125
No saber co.	-0,199	0,203*	-0,081	0,077
Rech. mutil.	0,072	-0,142	0,281	-0,211
Cojan or. an.	-0,293	-0,061	0,233	0,121
Religión	0,282	-0,08	-0,073	-0,129
No gestiones	-0,006	0,503**	-0,505	0,008
Enterrar sin	0,339	-0,04	0,073	-0,372
NS/NC	0,042	-0,553***	0,13	0,381*

RUMDOUNO

Solidaridad	0,097	0,287*	-0,521***	0,137
Cultura	1,446***	-0,577	-0,332	-0,537
Sobrevivir	0,121	0,099	0,54	-0,76
Evitar destr.	0,288	0,243	-0,6*	0,089
Reciproc.	-0,451	0,223	-0,032	0,26
Moral	0,434	0,128	-0,366	-0,196
NS/NC	-1,935***	-0,403	1,311***	1,027**

RUMDUNO

No saber co.	0,198	0,448***	-0,588***	-0,058
Dej muertos	-0,744	-0,272	0,907***	0,109
Religión	0,151	-0,223	0,397	-0,325
Mutilación	-0,252	-0,022	0,182	0,082
Muerte apar	-0,104	0,162	-0,22	0,162
NS/NC	0,751***	-0,093	-0,678***	0,02

VERIFADO

Bien	0,127	1,253***	-1,36***	-0,02
Mal	0,806	-1,404	0,91**	-0,312
Indiferente	-0,933	0,151	0,45	0,332

COADJOR

Donantes	-0,016	-0,344***	0,016	0,344***
Gr. y urgenc.	0,15	0,158*	-0,114	-0,194*
Espere	-0,134	0,186*	0,098	-0,15

CDISTORG

Comunidad	-0,187	-0,009	0,265*	-0,069
España	-0,066	-0,047	0,026	0,087
Internacional	0,253	0,056	-0,291***	-0,018

PERMFAM

Cuando no	0,089	0,181*	-0,229*	-0,041
Siempre	-0,638***	0,097	0,286**	0,255*
Nunca	0,549**	-0,278*	-0,057	-0,214

FAMOPO

Si	0,393	-0,348*	0,228	-0,273
No	0,369	0,342**	-0,48***	-0,231
NS/NC	-0,762	0,006	0,252	0,504**

NEGFAM

Si	-0,358	0,044	0,405***	-0,091
No	0,666***	0,082	-0,43***	-0,318**
NS/NC	-0,308	-0,126	0,025	0,409**

G. Solidari.

Abuso aut.	0,906***	0,183	-0,579**	-0,51**
No desper.	-0,141	-0,163	0,275	0,029
Ofensa	0,65**	0,118	-0,589**	-0,179
NS/NC	-0,402	-0,219	0,647***	-0,026
	-1,013*	0,081	0,246	0,686**

CONTAFAM

Medico	-0,291	0,028	0,175	0,088
P.sanitario	0,067	-0,288	0,354	-0,133
P.administr.	-0,251	0,196	-0,215	0,27
P.Coordinac	0,475	0,064	-0,314	-0,225

DONSANG

Si	0,497	0,001	-0,363***	-0,135
No	-0,497	-0,001	0,363***	0,135

PERFAFAV

Si	0,198	0,217	-0,685***	0,27
No	-0,198	-0,217	0,685***	-0,27

PERFADES

Si	0,987***	0,293***	-0,638***	-0,597***
No	-0,494**	-0,368	0,772***	0,09
NS/NC	-0,493*	0,075	-0,134	0,552***

Disposición a donar los órganos de un familiar fallecido conociendo su voluntad de no donar

	SI	NO	INDECISO
SEXO			
Masculino	0,178**	-0,002	-0,176**
Femenino	-0,178**	0,002	0,176**
CAROS			
Mas	-0,048	0,067	-0,019
Igual	0,275	0,065	-0,34
Menos	-0,049	-0,114	0,163
NS/NC	-0,178*	-0,018	0,196
EFICACES			
Mas	-0,05	-0,255	0,305
Igual	-0,009	-0,2	0,209
Menos	0,512	0,52	-1,032
NS/NC	-0,453**	-0,065	0,518*
BUENAPRE			
Si	0,038	-0,131**	0,092
No	-0,038	0,131**	-0,092
INFTV			
Si	-0,227**	-0,028	0,256**
No	0,227**	0,028	-0,256**
OPIPERS			
Muy Buena	-0,1	-0,285	0,385
Buena	-0,162	0,012	0,15
Mala	-0,225	-0,348	0,573
Indiferente	0,487	0,621	-1,108
RUMDOUNO			
Solidar.	-0,102	-0,057	0,159
Cultura	0,243	-0,915**	0,672
Sobrevivir	0,133	0,403	-0,536
Evitar dest	0,155	0,128	-0,283
reciprocid	0,061	0,049	-0,11
Moral	0,207	-0,065	-0,142
NS/NC	-0,697*	0,457**	0,24

RUMNDUNO			
No saber	0,014	-0,482	0,468*
Creer que	-0,271	0,463	-0,192
Religión	0,306	0,665	-0,971
Desagrado	-0,234	-0,037	0,271
Miedo	0,102	-0,093	-0,009
NS/NC	0,083	-0,516***	0,433*
CDISTORG			
Comunidad	0,116	-0,138	0,022
Estado	-0,137	0,197**	-0,06
Internac	0,021	-0,059	0,038
PERFANFA			
	Si	No	Indecisos
VERIFADO			
Bien	0,55	-0,678**	0,098
Mal	-0,206	0,466	-0,259
Indiferente	-0,373	0,211	0,161
PERMFAM			
Solo cuando	-0,309**	0,031	0,278*
Siempre	-0,146	0,081	0,065
Nunca	0,455**	-0,112	-0,343
NEGFAM			
Si	-0,359*	0,34***	0,019
No	0,44***	-0,312***	-0,128
NS/NC	-0,081	-0,028	0,109
LEGESDIS			
Gesto solid	0,688***	-0,534***	-0,154
Abuso	-0,283*	0,433***	-0,15
Met eficaz	0,548***	-0,448***	-0,1
Ofensa	-0,412	0,498	-0,086
NS/NC	-0,541*	0,051	0,49
SITVD			
Soy	0,509***	-0,755***	0,246
No,pero	0,063	-0,204**	0,141
No,ni	-0,002	0,815***	-0,813**
Indeciso	-0,57	0,144	0,426**

DONSANG			
Si	0,164*	-0,149**	-0,015
No	-0,164*	0,149**	0,015
PERFAFAV			
Si	0,539	-0,843**	0,303
No	-0,539	0,843**	-0,303
PERFADES			
Si	1,67***	-1,28***	-0,39
No	-0,427	1,16***	-0,733*
Indeciso	-1,243**	0,12	1,123***

Disposición a conceder permiso para la extracción de los órganos de un familiar fallecido desconociendo su voluntad de donar

	Si	No	Indeciso
HABITAT2			
1	0,013	0,011	-0,024
2	-0,252***	0,084	0,168*
3	0,039	0,041	-0,08
4	0,2	-0,136	-0,064
EDADCAT			
18-25	0,081	-0,008	-0,073
26-35	0,156	-0,2*	0,044
36-45	-0,064	-0,079	0,143
46-55	0,014	0,145	-0,159
56-65	-0,018	0,075	-0,057
66 o mas	-0,169	0,067	0,102
ESTUDI			
Leer y esc.	-0,354***	0,322***	0,032
Primarios	-0,207***	0,145	0,062
Secundarios	0,116	-0,245*	0,129
Medios	0,327**	-0,194	-0,133
Superiores	0,118	-0,028	-0,09

CLASESOC

Alta/M.Alta	0,376*	-0,339	-0,037
Media	0,099	-0,069	-0,03
Media Baja	-0,112	0,076	0,036
Baja	-0,363	0,332*	0,031

OCUPACI

Tr. fijo	0,016	-0,078	0,062
Tr. eventual	0,081	-0,175	0,094
Estudiante	-0,012	-0,063	0,075
Paro/des.	0,155	0,185	-0,34*
Jubilado	0	-0,084	0,084
S.L.	-0,24	0,215**	0,025

CONOCDON

Si	0,148***	-0,171**	0,023
No	-0,148***	0,171**	-0,023

CAROS

Mas	-0,106	0,233	-0,127
Igual	-0,142	0,185	-0,043
Menos	0,397***	-0,481***	0,084
NS/NC	-0,149	0,063	0,086

EFICACES

Mas	0,324***	-0,333***	0,009
Igual	0,067	-0,348**	0,281*
Menos	-0,03	0,662***	-0,632*
NS/NC	-0,361	0,019	0,342**

BUENAPRE

Si	0,136***	-0,143**	0,007
No	-0,136***	0,143**	-0,007

OPIPERs

Muy Buena	0,609*	-0,791***	0,182
Buena	0,169	-0,558**	0,389
Mala	-0,598	0,649	-0,051
Indiferente	-0,18	0,7**	-0,52

IMPOREL			
Mucha	-0,229**	0,222**	0,007
Bastante	0,115	-0,171*	0,056
Poca	0,034	-0,102	0,068
Ninguna	0,08	0,051	-0,131
			0
RGDUNO			
Moral	0,358**	-0,167	-0,191
Solidarid	0,099	-0,211*	0,112
Sobrevivir	-0,648**	0,573**	0,075
No cuesta	0,118	-0,241	0,123
Reciprocid	0,073	0,046	-0,119
RGNDUNO			
No recibir	-0,014	0,051	0,014
No saber	0,196*	-0,131	-0,065
Rechazo mu	-0,096	-0,017	0,113
Miedo a que	-0,073	-0,056	0,129
Religion	-0,146	-0,09	0,236
No molestar	0,579**	-0,023	-0,556*
Desagrado	-0,063	0,252	-0,189
NS/NC	-0,383	0,014	0,318**
RUMDOUNO			
Solidarid	0,188*	-0,246*	-0,058
Cultura	0,194	-0,64	0,446
Sobrevivir	-0,117	0,215	-0,098
Evitar des	0,441**	-0,388*	-0,053
Reciprocid	0,018	0,18	-0,198
Deber moral	0,355*	0,014	-0,369*
NS/NC	-1,079	0,865***	0,214
VERIFADO			
Bien	0,863***	-0,828***	-0,035
Mal	-0,37	0,433	-0,063
Indiferente	-0,493	0,395*	0,098

RUMNDUNO

No saber	0,452***	-0,488***	0,036
Creer que	-0,345*	0,425**	-0,08
Religión	-0,045	0,341	-0,296
Desagrado	-0,285*	0,251*	0,034
Miedo a	0,051	-0,172	0,121
NS/NC	0,172	-0,357	0,185

CONSINFO

Suficiente	0,073	-0,091	0,018
Insuficiente	-0,073	0,091	-0,018

COADJORG

Donantes	-0,166	0,177	-0,011
Gr. y Urg.	0,171**	-0,292***	0,121
Mas tiempo	-0,005	0,115	0,11

PERMFAM

Solo cuando	0,021	-0,2*	-0,179
Siempre	-0,131	0,131	0
Nunca	0,11	0,069	0,179

FAMOPO

Si	-0,26	0,293**	0,033
No	0,466***	-0,413***	0,053
NS/NC	-0,206	0,12	-0,086

NEGFAM

Si	-0,227**	0,273***	0,046
No	0,436***	-0,28***	0,156*
NS/NC	-0,209	0,007	-0,202*

LEGESDIS

G. solidar	0,563***	-0,172	0,391
Abuso aut.	-0,23***	0,26***	0,03
Modo eficaz	0,703***	-0,408**	0,295*
Ofensa	-0,497***	0,471***	-0,026
NS/NC	-0,539	-0,151	-0,69***

CONTAFAM

Medico	-0,111	0,091	-0,02
Per.sanitario	-0,129	0,494*	0,365
Per.adminis	0,134	-0,512	-0,378
Pr.Coordin.	0,106	-0,073	0,033

SITVD

Soy	0,967***	-0,494**	0,493
No, pero	0,293***	-0,368***	-0,075
No, ni	-0,683***	0,772***	0,089
Indeciso	-0,597	0,09	-0,507***

DONSANG

Si	0,235***	-0,145*	0,09
No	-0,235***	0,145*	-0,09

PERFAFAV

Si	1,55***	-1,1***	0,45
No	-1,01	1,52***	0,51
Indeciso	-0,54	-0,42	-0,96***

PERFANFA

Si	1,65***	-0,412	1,238
No	-1,24***	1,13***	-0,11
Indeciso	-0,41	-0,718*	-1,128***

Disposición a conceder permiso para la extracción de los órganos de un familiar fallecido conociendo su voluntad de donar

EFICACES

Mas eficaces	0,419**
Igual	0,198
Menos	-0,732***
NS/NC	0,114

LUJO

Si	-0,335*
No	0,335*

IMPOREL

Mucha	-0,425**
Bastante	0,111
Poca	-0,054
Ninguna	0,368

OPIPERS

Muy buena	1,041***
Buena	0,788***
Mala	-1,67**
Indiferente	0,129

RUMNDUNO

No saber co.	0,36*
Dej muertos	-0,65***
Religión	-0,569*
Mutilación	-0,05
Muerte apar	0,685**
NS/NC	0,223

VERIFADO

Bien	1,022***
Mal	-1,29***
Indiferente	0,268

CDISTORG

Comunidad	-0,456***
España	0,274*
Internacional	-0,181

PERMFAM	
Cuando no	0,223
Siempre	-0,31
Nunca	0,192

FAMOPO	
Si	-0,609***
No	0,609***

NEGFAM	
Si	-0,411***
No	0,406***
NS/NC	0,055

PERFADES	
Si	1,284**
No	-1,312***
NS/NC	0,028

SITVD	
Soy	0,198
No, pero	0,217
No, ni	-0,685***
Indeciso	0,269

PERFANFA	
Si	0,539
No	-0,834*
NS/NC	0,303

ABREVIATURAS UTILIZADAS PARA DENOMINAR LAS VARIABLES

COMUNI 'COMUNIDAD AUTONOMA'
 LOCALI 'LOCALIDAD'
 HABITAT2 'HABITAT'
 SEXO 'SEXO'
 ECIVIL 'ESTADO CIVIL'
 ESTUDI 'ESTUDIOS'
 CLASESOC 'CLASE SOCIAL'
 OCUPACI 'OCUPACION'
 HIJOS '¿TIENE HIJOS?'
 CONOCDON '¿CONOCIO ALGUN DONANTE DE ORGANOS O TRASPLANTADO?'
 INFVALL 'INFORMACION SOBRE TRASPLANTES RECIBIDA POR VALLAS Y CARTELES'
 INFRAD 'INFORMACION SOBRE TRASPLANTES RECIBIDA POR RADIO'
 INFTV 'INFORMACION SOBRE TRASPLANTES RECIBIDA POR TV'
 INFPROF 'INFORMACION SOBRE TRASPLANTES RECIBIDA A TRAVES DE PROFESIONALES SANITARIOS'
 INFCOLEG 'INFORMACION SOBRE TRASPLANTES RECIBIDA EN COLEGIOS Y C. EDUCATIVOS'
 INFPREN 'INFORMACION SOBRE TRASPLANTES RECIBIDA POR PRENSA Y LIBROS'
 INFFAMIG 'INFORMACION SOBRE TRASPLANTES RECIBIDA A TRAVES DE FAMILIARES Y AMIGOS'
 INFNS 'INFORMACION TRASPLANTES NO SABE'
 INFNC 'INFORMACION TRASPLANTES NO CONTESTA'
 CONSINFO '¿COMO CONSIDERA QUE ES SU INFORMACION?'
 INFPREF '¿A QUIEN SE DEBERIA INFORMAR PREFERENTEMENTE?'
 CAROS '¿SON MAS CAROS?'
 EFICACES '¿SON MAS EFICACES?'
 BUENAPRE '¿SON UNA BUENA PRESTACION SANITARIA?'
 TECUTIL '¿SON TECNICA UTIL PARA LOGRAR AVANCES EN LA MEDICINA?'
 LUJO '¿SON UN LUJO DE PAISES RICOS?'
 IMPORUNO 'RESULTADO MAS IMPORTANTE DEL TRASPLANTE'
 IMPORDOS 'SEGUNDO RESULTADO MAS IMPORTANTE DEL TRASPLANTE'
 OPIPERs 'OPINION SOBRE DONANTES'
 IMPOREL 'IMPORTANCIA DE LA RELIGION'
 RGDUNO 'PRIMERA RAZON DE LA GENTE PARA DONAR'
 RGDOS 'SEGUNDA RAZON DE LA GENTE PARA DONAR'
 RGDUNO 'PRIMERA RAZON DE LA GENTE PARA NO DONAR'
 RGNDDOS 'SEGUNDA RAZON DE LA GENTE PARA NO DONAR'
 ACTRNECA '¿ACEPTARIA UN TRASPLANTE AUNQUE NECESITASE AYUDA PARA ASEARSE Y ALIMENTARSE?'
 ACTRLINU '¿ACEPTARIA UN TRASPLANTE SI QUEDASE LABORALMENTE INUTIL PERO VALIENDOSE POR SI MISMO?'
 ACTRCONO '¿SOLO ACEPTARIA UN TRASPLANTE SI TRABAJASE Y LLEVASE VIDA NORMAL?'
 RUMDOUNO 'PRIMERA RAZON PARA DONAR USTED MISMO'
 RUMDOS 'SEGUNDA RAZON PARA DONAR USTED MISMO'
 RUMDUNO 'PRIMERA RAZON PARA NO DONAR USTED MISMO'
 RUMNDDOS 'SEGUNDA RAZON PARA NO DONAR USTED MISMO'
 VERIFADO '¿COMO VERIA USTED QUE UN FAMILIAR SUYO FUERA DONANTE?'
 COADJORG 'CONDICIONES PARA ADJUDICAR UN ORGANO'

Anexos

COADJORG 'CONDICIONES PARA ADJUDICAR UN ORGANO'

CDISTORG 'CONDICIONES PARA DISTRIBUIR ORGANOS'

PERMFAM '¿CUANDO PEDIR PERMISO A LA FAMILIA PARA LA EXTRACCION?'

FAMOPO '¿SERIA CORRECTO QUE SIENDO DONANTE SE OPUSIESE LA FAMILIA A LA EXTRACCION?'

NEGFAM '¿DEBE RESPETARSE LA NEGATIVA FAMILIAR CON UNA OPINION DE DIFUNTO FAVORABLE?'

LEGESDIS '¿COMO VERIA QUE EL ESTADO DISPONGA SIN PERMISO DE ORGANOS?'

CONFAFAM '¿QUIEN DEBE CONTACTAR CON LA FAMILIA PARA EL PERMISO?'

SITVD 'SITUACION DE USTED RESPECTO A LA DONACION'

DONSANG '¿ES DONANTE DE SANGRE?'

PERFAFAV '¿DARIA PERMISO PARA LA EXTRACCION DE LOS ORGANOS DE UN FAMILIAR FALLECIDO SI ESTE ERA FAVORABLE A LA DONACION?'

PERFANFA '¿DARIA PERMISO PARA LA EXTRACCION DE LOS ORGANOS DE UN FAMILIAR FALLECIDO SI ESTE NO ERA FAVORABLE A LA DONACION?'

PERFADES '¿DARIA PERMISO PARA LA EXTRACCION DE LOS ORGANOS DE UN FAMILIAR FALLECIDO DESCONOCIENDO SI ESTE ERA O NO FAVORABLE A LA DONACION?'

ANEXO III

UN APUNTE BIBLIOMÉTRICO DE LA LITERATURA SOBRE ASPECTOS PSICO-SOCIALES DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS (1983-1993)

El objetivo fundamental del aporte bibliométrico que se presenta es el de hacer notar la evolución de las investigaciones psicosociales sobre donación de órganos realizadas en el período 1983-1993, intento que puede resultar de indudable utilidad para el estudio de estos temas.

Hemos optado por un metodología bibliométrica, de orientación cuantitativa y analítica para, partiendo de una búsqueda informatizada, ofrecer una visión de conjunto sobre el campo de los estudios psicosociales de la donación de órganos. Hemos realizado los siguientes tipos de análisis:

1) *Análisis de revistas*: recuento e identificación, cómputo de artículos, disciplinas de procedencia y países de publicación.

2) *Análisis de artículos*: cómputo por años, naturaleza y disciplinas de procedencia.

3) *Análisis de autores*: cómputo, productividad e índices de colaboración.

4) *Análisis de contenido*: clasificación y cómputo por temas.

PROCEDIMIENTO

Bases de datos utilizadas y período de revisión. MEDLINE (1983/Sept 1993). PSYCLIT (1983/1993). ERIC (1983-1992). I.M.E. (ICYT) (1983-1992). LIFE-SCIENCES (1983-1993).

Descriptores utilizados. La revisión que llevamos a cabo abarca una década de producción científica. Los descriptores utilizados se adaptaron a la especificidad de cada base de datos, utilizándose en cada una de ellas una fórmula adecuada de búsqueda. Para su construcción se siguió el siguiente procedimiento:

1) Selección de las raíces más comunes aparecidas en las palabras clave de artículos procedentes de una búsqueda bibliográfica anterior sobre el mismo tema.

2) Búsqueda bibliográfica inicial y nueva selección, en base a la lectura de los registros obtenidos, de raíces habitualmente utilizadas en los artículos que referentes a aspectos psico-sociales de la donación.

3) Combinación de los descriptores en base a la teoría elemental de conjuntos.

Las fórmulas utilizadas en la búsqueda definitiva fueron en cada base de datos las siguientes:

MEDLINE: (donation* or donor* or donant* or procurement* or supply*) and organ and (psych* or social* or attitud* or behav* or willing*

or consent* or altruism* or campaign* or card?).

PsycLIT: organ and (donation* or donor* or donant* or procurement* or supply*).

ERIC: organ and (donation* or donor* or donant* or procurement* or supply*).

I.M.E.: donación, donantes, donaciones, donante.

LIFE SCIENCES: (donation* or donor* or donant* or procurement* or supply*) and organ and (psych* or social* or attitud* or behav* or willing* or consent* or altruism* or campaign* or card?).

El significado de cada símbolo utilizado es el siguiente:

- El símbolo "**", utilizado después de una raíz implica la selección de todos los descriptores que la incluyen con diferentes terminaciones.
- El símbolo "?" utilizado después de una raíz implica la selección del descriptor tanto en plural como en singular.
- Los términos "or" y el símbolo "," equivalen al operador de unión de la teoría de conjuntos.
- El término "and" equivale al operador de intersección de la teoría de conjuntos.

Sistema de búsqueda y selección de los registros. En todas las bases de datos se utilizó el sistema libre de búsqueda. Ello significa que se revisan todas las palabras recogidas en todos los campos de las bases de

datos (incluido el "abstract" de cada publicación) para realizar la selección de los registros. Este sistema de búsqueda presenta como principal ventaja que minimiza la probabilidad de excluir registros relevantes; no obstante, tuvo como contrapartida que se obtuvieron numerosos registros no relacionados directamente con los aspectos psico-sociales de la donación de órganos. La selección definitiva se realizó revisando todos los registros inicialmente obtenidos, aproximadamente ochocientos, y reteniendo únicamente los directamente relacionados con los aspectos psicosociales de la donación de órganos para trasplante. La revisión bibliográfica se ha centrado exclusivamente en la donación de órganos procedentes de cadáveres, dejando fuera de la búsqueda la donación de órganos procedentes de personas vivas. No se han incluido en la selección para este estudio las publicaciones que tratan puramente aspectos legislativos, éticos u organizativos. Por el contrario, sí se han considerado las publicaciones que tratan, de modo expreso, la relación entre dichos temas y los aspectos psico-sociales.

Revisión de los artículos. Una vez realizada la selección de registros, se procedió a la localización y revisión de los artículos con el objeto de extraer los datos para el estudio. En aquellos casos en que no fue posible acceder al artículo, se utilizó únicamente la información proporcionada, a modo de síntesis, en las distintas bases de datos. En consecuencia, algunas variables de interés del presente estudio no incluyen la revisión completa y original de

la totalidad de los artículos, siendo sustituida ésta a efectos de temática por el contenido del "abstract".

Análisis de revistas. Se obtuvieron un total de 192 registros. Los artículos seleccionados aparecieron en un total de 106 revistas.

La distribución de los artículos según las revistas se expresa en tabla nº 1.

Revista	Nº Art.
Transplantation Proceedings	40
Canadian Medical Association J.	6
Social Science and Medicine.	6
J. American Medical Association.	5
Agressologie.	4
American Nursing North America J.	3
Association of Renal Nurses J.	3
Critical Care Nurse	3
Focus on Critical Care	3
Nephrology News and Issues	3
Omega: Journal of Death and Dying	3
Heart Lung.	3
South African Medical J.	3
Transplantation.	3
American-Psychologist	2
British Medical Journal	2
Critical Care Clinic	2
Critical Care Nurse Clinic North. Am.	2
Death Studies	2
Health Psychology	2
Lakartidningen.	2
Psychological Reports	2
Renal Nursing.	2
Texas Medicine	2
The Hastings Center Report	2
Resto de revistas (80)	1

Tabla nº 1: Número de artículos por revista

Como puede apreciarse, se da una alta concentración de artículos en una sola revista, *Transplantation Proceedings*, que ha incluido 40 de los 194 artículos (21%). El número de artículos según la disciplina de procedencia de la revista se detalla en la tabla nº 2.

Disciplina de procedencia	Número de artículos
Medicina	163
Psicología	11
C.Sociales	6
Trabajo Social	3
Economía	1
Derecho	2
C. Sociales y Medicina	6
TOTAL	194

Tabla nº 2: número de artículos según la disciplina de procedencia

El número de artículos por año se detalla en la tabla nº 3.

Año	Número de artículos
1983	5
1984	5
1985	14
1986	10
1987	11
1988	15
1989	22
1990	29
1991	43
1992	25
1993	13
TOTAL	194

Tabla nº3: Número de artículos por año

La evolución anual de la frecuencia de publicaciones aparece en la figura número 1.

NUMERO DE ARTICULOS PUBLICADOS POR AÑO

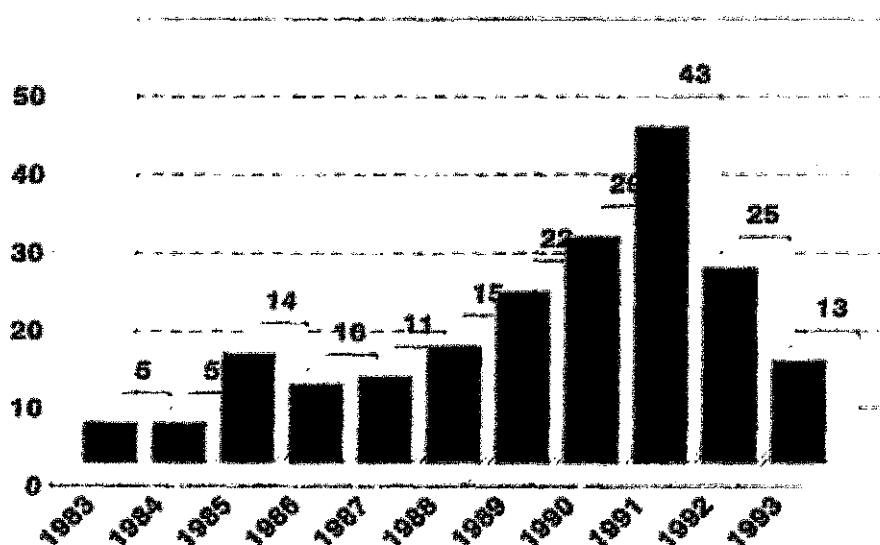


Figura nº 1: Evolución anual de artículos sobre donación de órganos, desde la perspectiva psicosocial.

Los datos muestran un crecimiento significativo del número de artículos dedicados a los aspectos psico-sociales de la donación desde el año 1983 hasta el 1991. El año 1991 representa un período de especial productividad, con un 22% del total de los artículos publicados en el período estudiado.

El descenso en el número de publicaciones registradas en los años 1992-93 se explica, en parte, por las fechas de actualización de las bases de datos utilizadas. Ahora bien, esta reserva podría ser sólo parcialmente aplicada al año 1992, ya que éste está incluido en el período de revisión de las principales bases de datos utilizadas.

El número total de autores fue de 360. La tabla nº 4 resume la productividad de los autores:

Numero de artículos publicados	Autores	
	N	%
1	287	79.7
2	66	18.3
3	2	.6
4	5	1.4
TOTAL	360	100

Tabla nº 4: Autores según el numero de artículos publicados

La mayor parte de los autores han publicado un único artículo durante todo el período de estudio, pudiendo ello reflejar una atención esporádica o inconstante al tema.

Por otro lado, parece existir un número significativo de autores que, con 2 artículos, si bien no han tenido gran productividad durante el período estudiado, tendrían una línea de trabajo más sostenida.

Por último, existen dos autores (Hessing y Youngner) con una productividad de 3 artículos y un grupo de 4 autores (Bartucci, Callender, Prottas y Batten) con una productividad de 4 artículos en el período revisado.

El número de autores por artículo se detalla en la tabla nº 5.

Número de autores	Artículos	
	Número	%
1	84	43.3
2	49	25.3
3	24	12.3
4	15	7.7
5	9	4.6
6	9	4.6
7	2	1.0
10	2	1.0
TOTAL	194	100

Tabla nº 5: Número de autores por artículo

El índice de colaboración global (número medio de autores por artículo) fue de 2,3.

En general, los autores más productivos tienen índices de colaboración muy bajos. En este sentido puede deducirse la realización por parte de los mismos de un trabajo fundamentalmente individual o en colaboración con otro investigador, más que la realización de un trabajo en equipo.

La nacionalidad de los autores de los diferentes artículos se refleja en la tabla nº 6.

País de origen de los autores	Nº Art.
EE.UU.	55
Canadá	9
Inglaterra	7
Holanda	6
Francia	4
Suiza	4
Australia	3
Sudáfrica	3
Bélgica	2
España	2
Puerto Rico	2
Alemania	1
Arabia Saudí	1
Cuba	1
Chipre	1
India	1
Israel	1
Italia	1
Japón	1
Noruega	1
Omán	1
Singapur	1
Suecia	1
Turquía	1
TOTAL	110

Tabla nº 6: País de origen de los autores

Se realizó una clasificación de los artículos según los diferentes temas tratados dentro del área general de aspectos psico-sociales de la donación de órganos.

De acuerdo a criterios empíricos, se establecieron las siguientes categorías:

1) Trabajos centrados en el estudio del proceso de interacción de los profesionales sanitarios con las familias de potenciales donantes. En esta categoría se incluyen trabajos sobre el papel que debe desempeñar el personal sanitario, el proceso de petición y apoyo a la familia y las características de las familias de potenciales donantes.

2) Trabajos centrados en el estudio de las actitudes y conocimientos del personal sanitario hacia la donación. En esta categoría se recogen los trabajos realizados para conocer las actitudes, creencias, conocimientos y opiniones de muestras representativas de diferentes profesionales sanitarios.

3) Trabajos centrados en el estudio de las actitudes y conocimientos de la población general en relación a la donación. En esta categoría se incluyen los trabajos destinados esencialmente a conocer las actitudes, creencias, conocimientos y opiniones en relación a la donación de muestras representativas de la población general.

4) Trabajos centrados en el estudio de las variables psico-sociales asociadas con la donación. Se recogen trabajos destinados a estudiar la influencia sobre la decisión de donar de diferentes variables psico-sociales.

sociales aplicables para promover el aumento de las donaciones. Abarca estudios de estrategias generales y experiencias concretas destinadas a promover el aumento de las donaciones.

6) Trabajos centrados en el estudio general de los aspectos psico-sociales de la donación y su relación con aspectos éticos, legislativos y culturales. Incluye una variedad de trabajos sobre los aspectos psico-sociales globales de la donación y su relación con temas éticos, legislativos y culturales.

El cómputo total de trabajos según su temática se muestra en la figura nº 2.

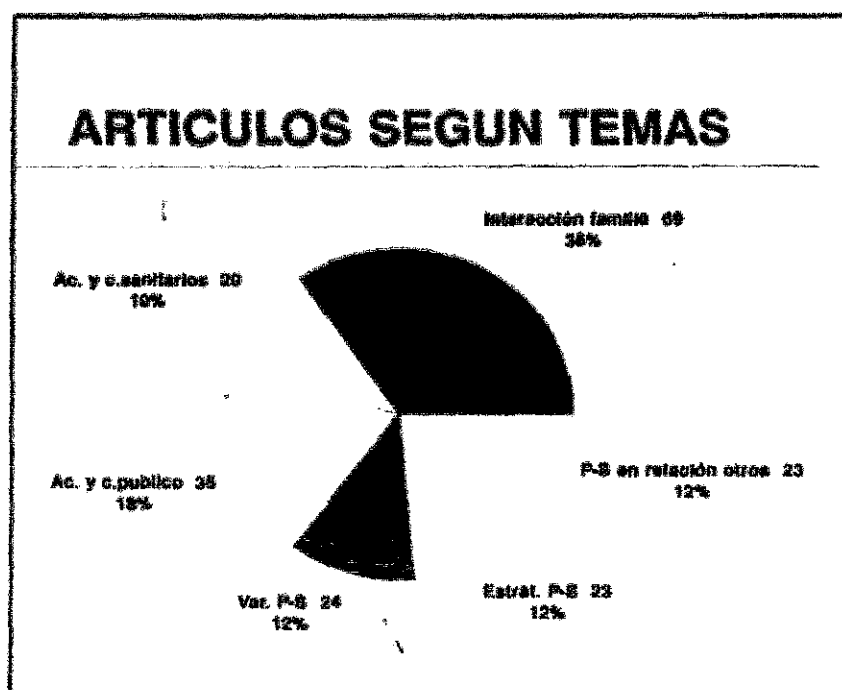


Figura nº 2 : Distribución de los artículos en función de su temática

1) Trabajos centrados en el estudio del proceso de interacción de los profesionales sanitarios con las familias de potenciales donantes: Se registraron 69 trabajos. Se mostró un alto interés, variable a lo largo de los años (figura nº 3).

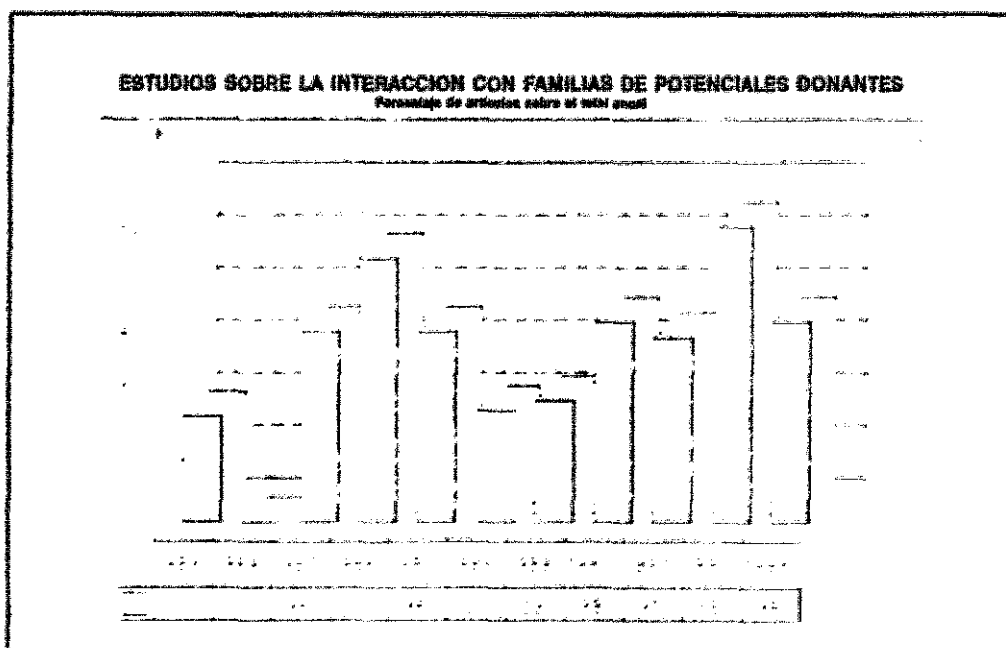


Figura nº 3: Porcentaje anual de estudios sobre la interacción con familias de potenciales donantes, en el período 1983-93.

2) Trabajos centrados en el estudio de las actitudes y conocimientos del personal sanitario hacia la donación: Se registraron 20 trabajos. Se mostró un interés medio hacia el tema, con un importante incremento en el año en el año 1990.

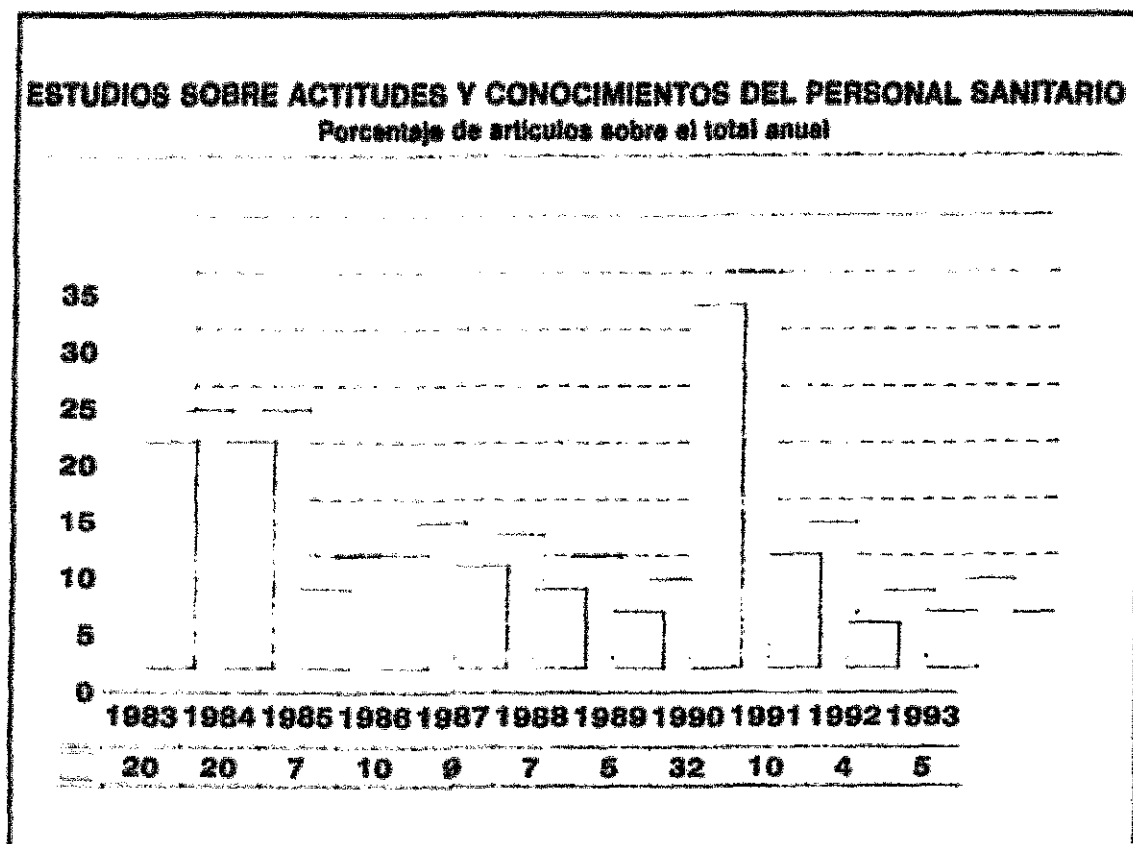


Figura nº 4: Porcentaje anual de estudios sobre actitudes y conocimientos del personal sanitario, en el período 1983-93.

3) Trabajos centrados en el estudio de las actitudes y conocimientos de la población general en relación a la donación: Se registraron 36 trabajos. Se ha mostrado un interés medio y variable hacia este tema (figura nº 5).

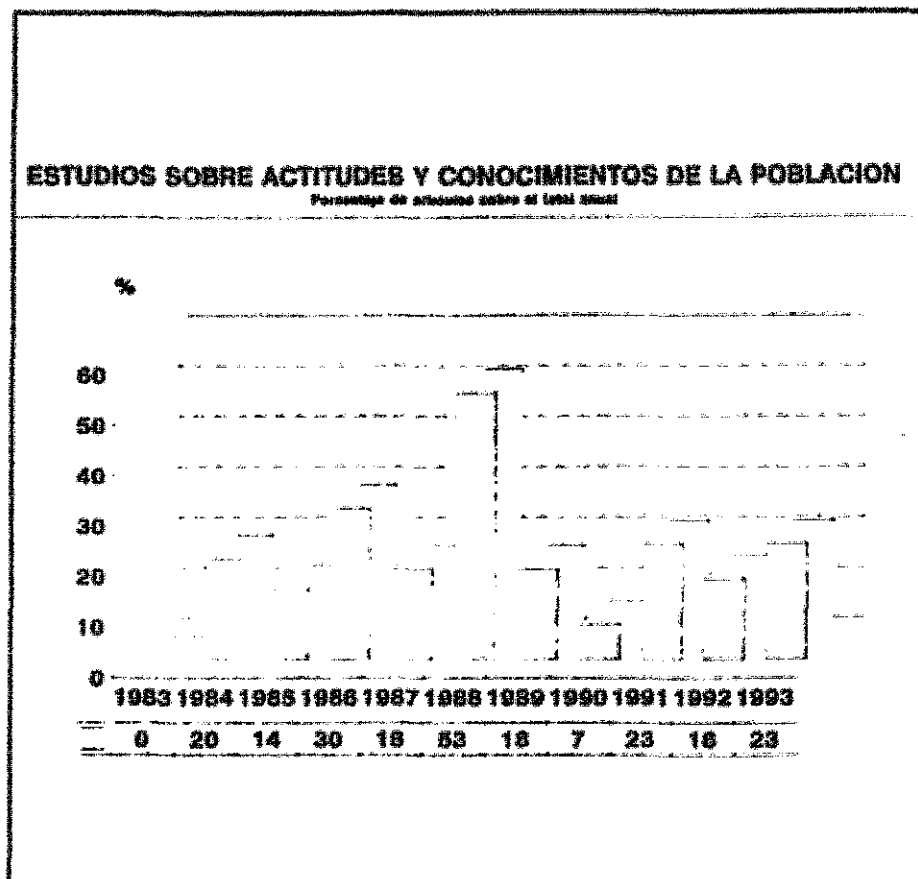


Figura nº 5: Porcentaje anual de estudios sobre actitudes y conocimientos de la población, en el período 1983-1993.

4) Trabajos centrados en el estudio de las variables psico-sociales asociadas a la donación: se registraron 24 trabajos. Se mostró un interés medio que ha decrecido en los últimos años (figura nº 6).

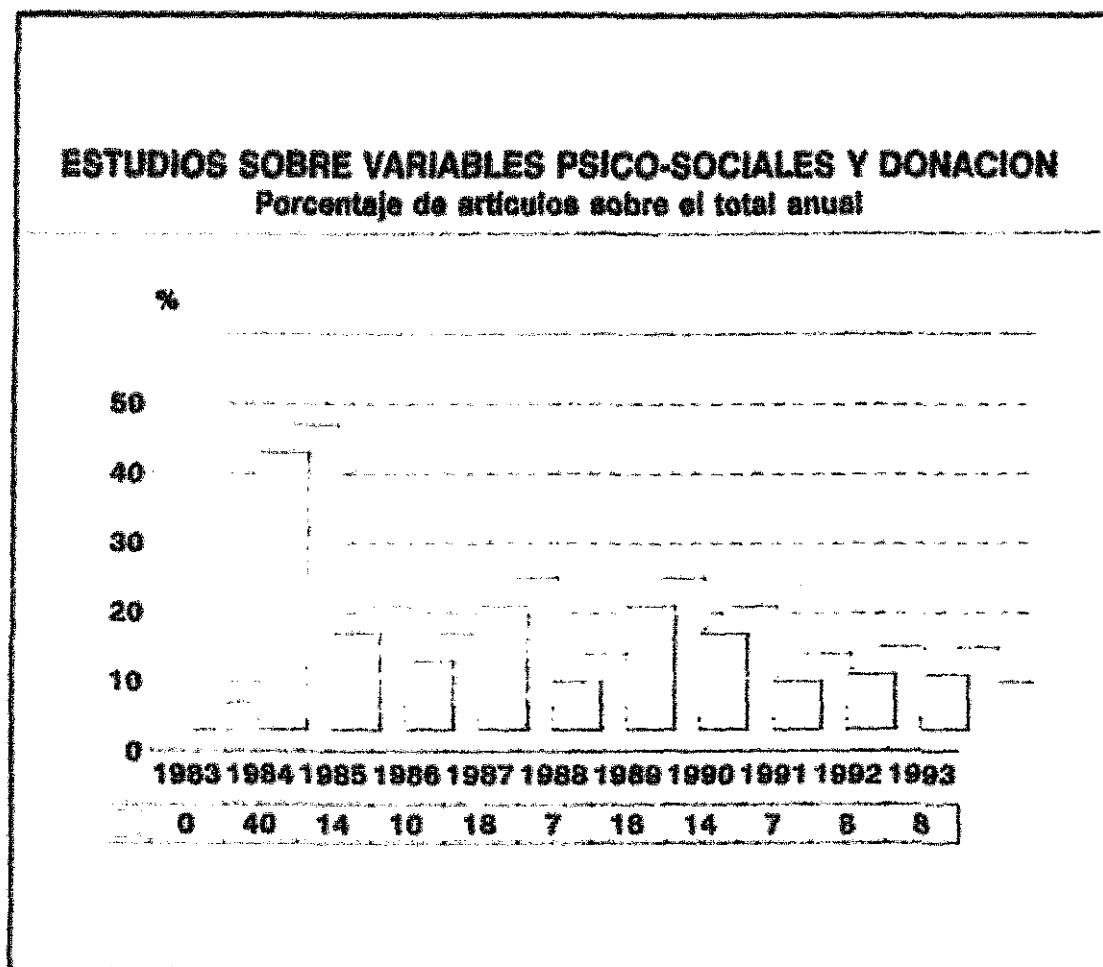


Figura nº 6: Porcentaje anual de estudios sobre variables psicosociales asociadas a la donación.

5) Trabajos centrados en el estudio de las estrategias psicosociales aplicables para el promover el aumento de las donaciones: se registraron 23 trabajos. Se mostró hacia este tema un interés muy variable (figura nº 7).

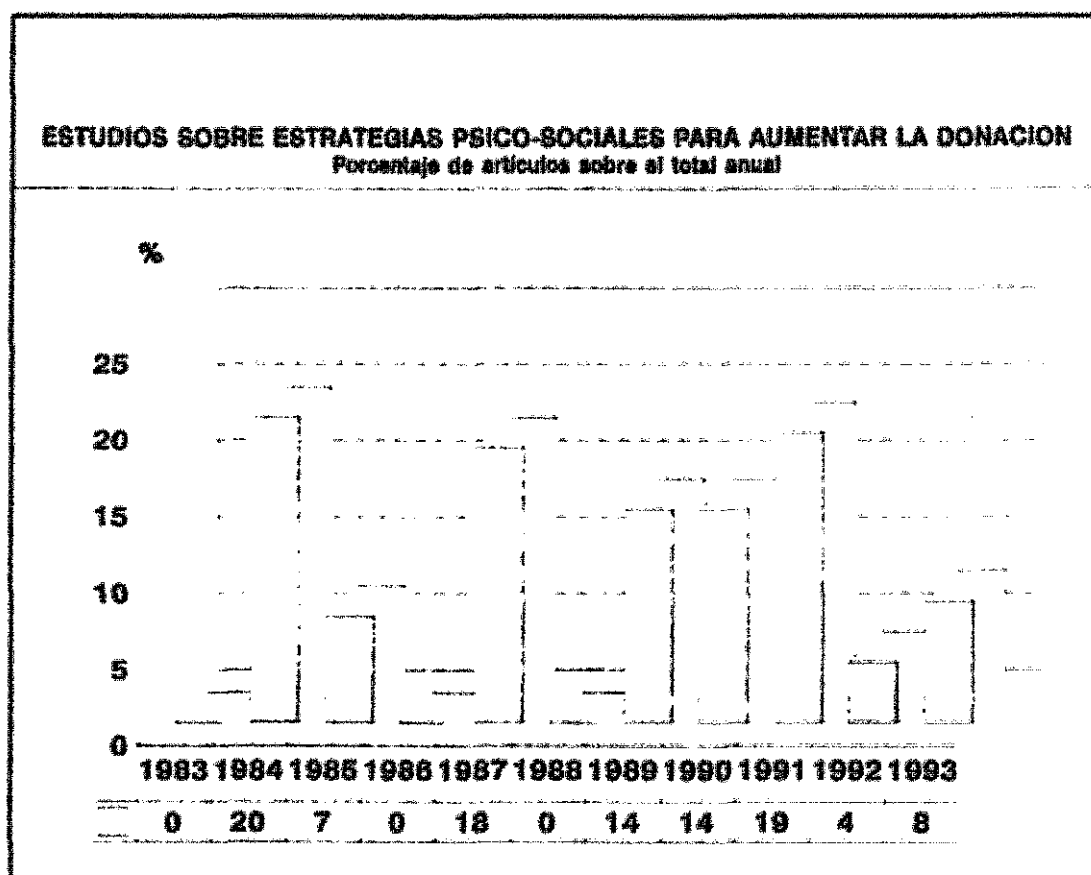


Figura nº 7: Porcentaje anual de estudios sobre estrategias psico-sociales para aumentar la donación, en el período 1.983-1993.

6) Trabajos centrados en el estudio general de los aspectos psico-sociales de la donación y su relación con aspectos éticos, legislativos y culturales: se obtuvieron 23 trabajos. Parece mostrarse un interés medio que ha descendido en los últimos años (figura nº 8).

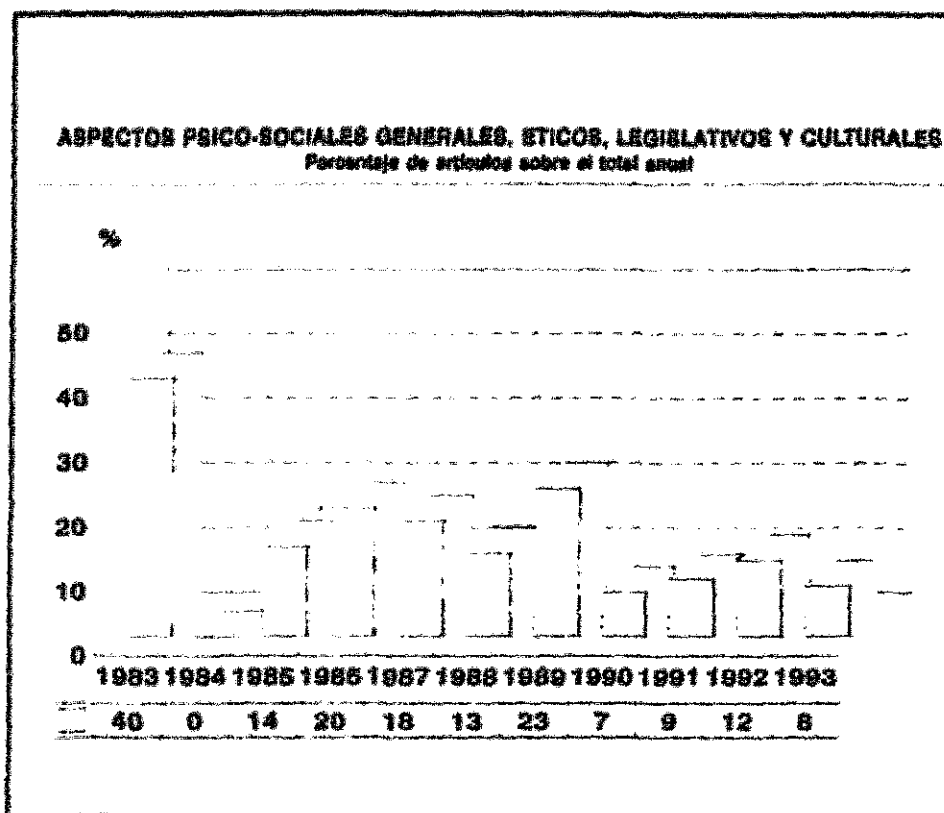


Figura nº 8 : Porcentaje anual de estudios sobre aspectos psicosicosociales, generales, éticos, legislativos y culturales, en el período 1.983-93

CONCLUSIONES

1. Desde el año 1983 y hasta el año 1991, ha existido un crecimiento continuo del número de publicaciones dedicadas a los aspectos psico-sociales de la donación. En los dos últimos años, 1992 y 1993 no se refleja tan claramente esa tendencia.
2. Las revistas que más atención han dedicado al tema han sido las pertenecientes al área médica. Las revistas del área de la psicología han dedicado una atención mucho menor. A su vez, revistas de diferentes áreas lo han tratado de forma esporádica.
3. Existe una gran dispersión de artículos en diferentes fuentes. Únicamente una revista, *Transplantation Proceedings* condensa un número importante de los artículos aparecidos.
4. Los autores norteamericanos han sido los que mayoritariamente han realizado publicaciones. Ahora bien, existe un importante número de autores europeos que han aportado una cifra significativa de artículos. Además de los anteriores, diversos autores de otros continentes han realizado contribuciones esporádicas.

5. La mayoría de los autores han realizado colaboraciones aisladas, existiendo sólo un pequeño grupo que ha publicado regularmente. El escaso número de trabajos en colaboración parece reflejar una falta habitual de trabajo en equipos.

6. Los trabajos aparecidos sobre los aspectos psico-sociales de la donación se han centrado, en orden decreciente en el estudio de estos temas: proceso de interacción de los profesionales sanitarios con las familias de potenciales donantes, estudio de las actitudes y conocimientos de la población general en relación a la donación, estudio de las variables psico-sociales asociadas a la donación, estrategias psico-sociales aplicables para el promover el aumento de las donaciones, actitudes y conocimientos del personal sanitario hacia la donación y aspectos psico-sociales generales de la donación y su relación con aspectos éticos, legislativos y culturales.

MA3910.

ELECTRONIC

100A

ANILLO BLANCO

FOUO:

RAFAEL SAN MARTIN

THE VOCAL.

SEGUNDO VOCAL

TERZEN VOCAL

100-2-2

Suyento Bando

FBO: JE

JE SUIS BOUTE MORTE

FOUO

RAFAEL MATSANZ